

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Administração
Programa de Pós-Graduação em Administração

Definição de informações essenciais ao prontuário de
pacientes: aplicação da metodologia de análise focada na
decisão

André Moraes dos Santos

Porto Alegre, 1999

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Administração
Programa de Pós-Graduação em Administração

Definição de informações essenciais ao prontuário de
pacientes: aplicação da metodologia de análise focada na
decisão

André Moraes dos Santos

Prof. Dr. João Luiz Becker
Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

Orientadores

Dissertação apresentada à Escola de
Administração, da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção
do grau de mestre em Administração

Porto Alegre, 1999



I. Agradecimentos

Esta pesquisa é fruto da interação e colaboração de diversas pessoas que em aulas, conversas de corredor e momentos descontraídos permitiram a troca de idéias e novos aprendizados. Expresso meu sincero agradecimento a todas estas pessoas, especialmente:

ao Prof. Paul D. Fisher, por sua amizade e pela simplicidade e clareza de suas orientações;

ao Prof. João L. Becker, que sempre teve uma resposta segura às minhas dúvidas e por sua amizade;

aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), Norberto Hoppen, Denis Boreinstein e Henrique Freitas pela troca de conhecimentos oportunizada;

a equipe de bolsistas do GESID, especialmente, Cláudia Oliveira e Andiará Cava-gnoli, por sua inestimável ajuda;

aos profissionais da Unidade Sanitária Nova Brasília e Centro de Saúde Bom Jesus por toda cooperação e apoio recebido para a realização desta pesquisa e por sua incansável e louvável dedicação à população de Porto Alegre.

aos profissionais Denise Aerts, Rui Flores da Equipe de Informações em Saúde (CEDIS) – Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que apoiaram a realização desta pesquisa na rede pública;

ao Secretário Municipal de Saúde, Dr. Lúcio Barcelos, por ter permitido a realização desta pesquisa na rede pública de saúde;

à colega Mariza Klück, pelo apoio recebido;

aos amigos Antônio Maçada e Débora Maçada, por sua inestimável amizade e incentivo recebido;

à minha família (Vilsom, Simonéa, Cerlei, Erli e Adriana), por apoiarem e incentivarem minhas idéias, estando sempre presentes em minha vida, apesar da distância;

à minha esposa, Lucieni, pelo carinho e apoio que tornam minha vida ainda mais feliz.

SUMÁRIO

I.	AGRADECIMENTOS.....	I
II.	LISTA DE TABELAS.....	V
III.	LISTA DE FIGURAS.....	VI
IV.	GLOSSÁRIO DE SIGLAS.....	VII
V.	RESUMO.....	VIII
VI.	ABSTRACT.....	IX
1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Contextualização da Pesquisa.....	4
1.1.1	Prontuário de Pacientes.....	4
1.1.2	O Prontuário no Sistema Público de Saúde.....	6
1.1.3	Integração de Informações na Saúde Pública.....	8
1.2	Utilização da Análise Focada na Decisão na definição dos requisitos de informações.....	9
1.2.1	A definição de informações na construção de SI.....	9
1.2.2	O elemento humano no desenvolvimento de SI.....	13
1.2.3	Modelo de decisão da AFD.....	14
	Limitações da metodologia.....	15
1.2.5	Etapas da Análise Focada na Decisão.....	15
1.3	Unidade Sanitária Nova Brasília.....	16
1.3.1	Escolha do Local de estudo.....	16
1.3.2	Unidade Sanitária Nova Brasília.....	16
1.3.3	Movimentação de Pacientes.....	17
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo Geral.....	20
2.1.1	Questão de Pesquisa.....	20
2.2	Objetivos Específicos.....	20
2.3	Objetivo Secundário.....	20
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	Epistemologia de Pesquisa.....	21
3.2	Metodologia de Análise Focada na Decisão.....	23
3.2.1	Papel do Pesquisador.....	23
3.2.2	Coleta de Dados.....	24
3.2.3	"a priori" Limitações da metodologia.....	24
3.2.4	Etapas da Pesquisa.....	25
3.2.5	Identificar usuários representativos de cada função.....	26
3.2.6	Entrevistar usuários para descrição de atividades.....	27
3.2.7	Construir os modelos hierárquicos de atividades e funções.....	28
3.2.8	Validar os modelos hierárquicos.....	29
3.2.9	Construir os modelos de informação-decisão.....	30
3.2.10	Validar os modelos de informação e decisão com os usuários.....	31
3.2.11	Construir o modelo integrado.....	31
3.2.12	Validar o modelo integrado com os usuários.....	32
4	RESULTADOS.....	34
4.1	Informações Essenciais e Processos Decisórios.....	34
4.1.1	Hierarquia de Funções.....	34
4.1.2	Modelos de decisão.....	35
4.1.3	Modelo de Decisão Integrado.....	45
4.2	Prontuário Essencial de Pacientes.....	47
4.3	Metodologia de Análise Focada na Decisão.....	51
4.3.1	Observações Gerais.....	51
4.3.2	Observações Específicas.....	51
5	DISCUSSÃO.....	53
5.1	Limites da pesquisa.....	55
5.1.1	"a posteriori" Limitações da metodologia.....	56

5.2	Sugestões para pesquisas futuras	57
6	CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS	58
7	GLOSSÁRIO	60
8	ANEXOS	63
8.1	Anexo I – Descrição de Atividades	64
8.2	Anexo II – Modelos hierárquicos de funções	73
8.3	Anexo III – Outros modelos de decisão e informação	80
8.4	Anexo IV – Documentos da USNB	82
8.5	Anexo V –Dados da Unidade Sanitária Nova Brasília	92
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

II. Lista de Tabelas

Tabela 1 – Abordagens para a definição de requisitos de informações 10

Tabela 2 - Quadro de funcionários..... 23

Tabela 3- Usuários identificados..... 30

III. Lista de Figuras

Fig. 1: Foco da pesquisa.....	2
Fig. 2: Sistema de Apoio à Decisão	12
Fig. 3: AFD como método de definição de requisitos de informações.....	13
Fig. 4: Modelo dinâmico informação-decisão	15
Fig. 5: Fluxo de Pacientes na USNB.....	18
Fig. 6: A AFD e o ciclo de pesquisa-ação.....	22
Fig. 7: Etapas da Pesquisa.....	25
Fig. 8: AFD aplicada na USNB	26
Fig. 9: Modelo integrado, apresentado para validação final na USNB.....	33
Fig. 10: Consultas médicas	35
Fig. 11: Processos na farmácia.....	37
Fig. 12: Procedimentos enfermagem	38
Fig. 13: Vacinas	40
Fig. 14: Marcação de consultas na USNB	41
Fig. 15: Marcação de consultas na CMC	41
Fig. 16: Autorizar exames.....	42
Fig. 17: Alocar recursos humanos.....	43
Fig. 18: Informar BPA	44
Fig. 19: Solicitar recursos a SMS.....	44
Fig. 20: Modelo Integrado de Informações e Decisões Validado.....	46

IV. Glossário de Siglas

AFD	Análise Focada na Decisão
BDA	Boletim Diário de Atendimento
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAV	Cadastro de Vacinas
CEDIS	Equipe de Informações em Saúde
CMC	Central de Marcação de Consultas
CSBJ	Centro de Saúde Bom Jesus
FG	Focus Group
PA	Pesquisa-Ação
PP	Prontuário de Pacientes
SI	Sistema de Informações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia de Informação
USNB	Unidade Sanitária Nova Brasília

V. Resumo

Este trabalho, de caráter exploratório, apresenta os resultados na aplicação da Metodologia de Análise Focada na Decisão (AFD) para definir as informações essenciais ao prontuário de pacientes na Unidade Sanitária Nova Brasília, em Porto Alegre, RS. Estas informações foram definidas considerando-se as diversas necessidades, concepções e processos decisórios dos diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, administradores, e outros) que atuam em um posto de saúde e que possuem interesse nas informações do paciente e dos processos inerentes a ele.. Entretanto, apenas a disponibilização destas informações não é suficiente para melhorar as ações da organização estudada. É necessário aperfeiçoar e introduzir novos processos decisórios para melhorar o gerenciamento, planejamento e execução das ações de saúde da unidade sanitária.

Quanto aos resultados específicos sobre a metodologia, foi possível concluir que a metodologia proporciona ao usuários maneiras de melhor entenderem o sistema no qual trabalham, promovendo o pensamento crítico. A AFD também melhora a validade das informações definidas porque os usuários estão diretamente envolvidos em identificar as suas necessidades de informações, baseados em suas decisões.

VI. Abstract

This exploratory work describes the results of using a Decision Focused Analysis Methodology to define the essential information content of the patient record at the Nova Brasilia Health Unit in Porto Alegre, RS. This information was defined in consideration of the diverse requirements and views of the health care professionals (doctors, nurses, administrators, etc), the decision processes they use and those to which they are subject. However, making the required information available to the decision makers is not, by itself, sufficient to improve the decision making performance in the organization studied. Improvement of existing, and introduction of new decision processes to use that information is also required to improve the management, planning and health care operations of the health unit.

In terms of the Decision Focused Analysis Methodology itself, it is possible to conclude that it provides the users with a means of better understanding and critically evaluating the system in which they work. Further, this methodology improves the validity of the information requirements defined in the process because the users are directly involved in identifying the requirements based on their own decisions making processes

1 Introdução

O Prontuário de Pacientes (*PP*) é o nome dado a um conjunto de documentos, utilizado para registrar praticamente todas as informações e procedimentos realizados com um paciente quando ele é atendido em um estabelecimento de saúde como, por exemplo, um hospital ou um posto de saúde. Este prontuário é armazenado na instituição atendente e atualizado e ampliado a cada novo atendimento. Para cada paciente atendido, existe um prontuário individualizado. Como exemplo dos dados contidos neste documento, podemos citar o diagnóstico (anamnese), realizado pelo médico, os medicamentos prescritos e exames realizados, entre outros.

As informações contidas em um *PP* podem ser úteis a diferentes pessoas dentro de uma organização de saúde. Por exemplo, como fonte histórica da saúde do paciente pode ser útil ao médico, auxiliando o diagnóstico; para os administradores é uma importante base de dados para levantamento de custos. O *PP* pode ser considerado como uma base de dados que atende a diversos propósitos em uma organização de saúde, enfatizando o atendimento, o ensino, o treinamento, a pesquisa e a administração (Stumpf, 1996). O Prontuário do Paciente também pode ser útil para o sistema de referência e contra-referência na saúde (Witt, 1992). Além de sua forma individualizada, existe também uma modalidade de prontuário denominada de prontuário da família, muito útil e utilizada na atenção básica a saúde. Neste trabalho, adotaremos a termo de prontuário de pacientes para fazer referência ao conjunto de informações do paciente de uma forma mais abrangente, não desejando especificar a sua forma física de registro ou modelo de formulário. O prontuário, independente de sua forma ou meio de armazenamento, representa um conjunto de informações úteis aos profissionais que atuam tanto na execução quanto no planejamento e gerenciamento das ações de saúde. Assim, é neste conjunto de informações e não no documento propriamente dito que esta pesquisa foca seus objetivos (figura 1).

Em razão da importância que o *PP* possui para as organizações de saúde, vários trabalhos tem sido desenvolvidos sobre este assunto (Brosseau, 1995; Paz, 1996; Anderson, 1997; Kerlin, 1997; Millán 1997; Rogers, 1997; Stumpf e Freitas 1997). A utilização

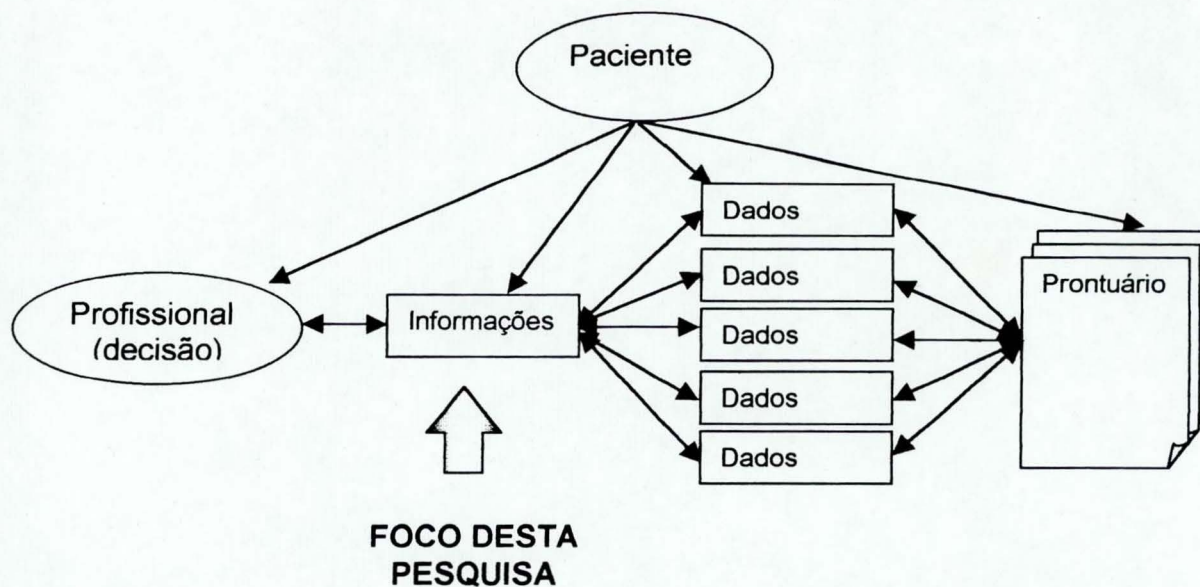


Figura 1- Foco da pesquisa

de *PP*, baseados em sistemas computadorizados, tem recebido relevante destaque. Existem congressos internacionais e, também, organizações sem fins lucrativos, como o Instituto de Registro do Paciente, baseado em Computador (CRPI, do inglês, *Computer-based Patient Record Institute*) específicas para debater este tema.

Contudo, poucos trabalhos relatam a fase de construção e definição dos dados que constituem os prontuários. Os dados e informações a serem registrados em um prontuário devem satisfazer as necessidades dos médicos e outros profissionais técnico e administrativos que utilizam-se de tal conteúdo. A existência de uma estrutura de dados consolidada para o *PP* é a base para construção de qualquer Sistema de Informações (SI) na saúde (Paz, 1996). Como exemplo podemos citar o recente trabalho de Stumpf e Freitas (1997), no qual os pesquisadores realizaram a definição de informações essenciais para o *PP* em um hospital universitário.

Este trabalho, de caráter exploratório, tem como objetivo definir quais são as informações necessárias para um prontuário de pacientes de um posto de saúde. Estas informações devem ser definidas, considerando-se as diversas necessidades, concepções e processos decisórios dos diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, administradores, e outros) que atuam em um posto de saúde e que possuem interesse no prontuário. Esta pesquisa vai ao encontro de esforços locais, que estão sendo direcionados para construção de

um sistema integrado de informações em saúde pública, para Porto Alegre. De um forma modesta, este trabalho se soma a outras pesquisas que visam ao desenvolvimento de sistemas de informações de saúde, com base no prontuário, no âmbito nacional (Leão, Madril e Singulem, 1998).

A maioria das metodologias para definição de requisitos de informações (informações necessárias para compor um sistema de informações) falham em não atender as reais necessidades dos usuários (Wetherbe, 1988; Szajna e Scamell, 1993; Davis, 1994). Estas metodologias pressupõem que os usuários conhecem perfeitamente quais informações necessitam. Assim, iniciam a definição de requisitos, baseando-se diretamente nas informações que o usuário pensa necessitar, enquanto deveriam começar, focalizando o que o usuário, realmente, faz e após investigar as informações para apoiar estas atividades. A forma de investigação tradicional não estimula o pensamento crítico sobre os atuais processos e decisões, desempenhadas pelos usuários e as informações necessárias para realizá-los (Wetherbe, 1987; Davis, 1994). Neste trabalho, pretende-se definir os requisitos de informações considerando-se principalmente a adequação dos dados e informações aos processos decisórios dos usuários (médicos, enfermeiros, administradores, e outros). Portanto, este estudo propõe a utilização de uma metodologia para definir os requisitos de informações, baseada nos processos decisórios, priorizando a participação ativa e crítica dos usuários.

A presente pesquisa será útil para avaliar e gerar experiência prática da metodologia de Análise Focada na Decisão (*AFD*), a ser utilizada para definir as informações essenciais do *PP*.

Este trabalho está estruturado em seis seções principais. Este primeiro Capítulo destina-se a descrever o contexto da pesquisa e a metodologia a ser utilizada. A seguir, são apresentados os objetivos deste estudo. O terceiro Capítulo destina-se ao método. No quarto Capítulo são apresentados os resultados desta pesquisa. Após são discutidos os resultados obtidos. Finalmente, são apresentados alguns comentários à guisa de conclusão.

1.1 Contextualização da Pesquisa

É possível identificar o prontuário de pacientes como base de dados fundamentais para qualquer organização de saúde (Fromberg, 1995; Keegan, 1995 e Stumpf e Freitas, 1997). Isto não significa ser a única base de dados ou, ainda, conter todas as informações necessárias às atividades organizacionais, sejam elas operacionais, táticas ou estratégicas. Sua importância deve-se ao fato de agregar dados sobre o principal cliente destas organizações, o paciente. Todas as atividades organizacionais na saúde decorrem, direta ou indiretamente, do encontro do paciente com o provedor de saúde. O prontuário deve, portanto, atender às diferentes visões e necessidades de informações dos profissionais da saúde que desenvolvem tais atividades. Uma vez consolidadas as diferentes visões e necessidades de informações, o *PP* pode servir como base para Sistemas de Informações, Redes Integradas, Prontuários Eletrônicos, entre outros.

Dada a relevância do *PP*, dois fatores principais levaram a esta proposta de pesquisa:

- A deficiência ou falta de prontuários de pacientes no Sistema Público de Saúde;
- A importância do *PP* como base para um sistema de informações de saúde para apoiar os processos decisórios em todos os níveis de uma organização de saúde.

1.1.1 Prontuário de Pacientes

O registro do ato médico é o instrumento básico que serve como fonte de informações necessárias à integração e comunicação de todos os componentes de um sistema de saúde (Paz, 1996; Stumpf, 1996).

De acordo com Stumpf e Freitas (1997, p. 75), o *PP* é “... o conjunto de documentos gerados a partir do paciente, por todos os profissionais do hospital envolvidos em seu atendimento, quer seja a nível ambulatorial ou de internação.”. Entre os documentos incluídos no *PP* de um hospital podemos citar, por exemplo: sumário de baixa; plano tera-

pêutico; gráfico de sinais vitais; ficha de anamnese; exames clínicos e radiológicos, entre outros. A cada novo atendimento a um mesmo paciente, os dados e documentos agregam-se àqueles existentes, fornecendo uma característica histórica ao prontuário.

A evolução do prontuário, como descrita em Stumpf(1996), tem seu início na época em que a figura do médico da família era predominante e as informações sobre seus pacientes ficavam, muitas vezes, confiadas à própria memória do profissional. Atualmente, por questões legais e por necessidades operacionais e administrativas, o *PP* passou a existir como um conjunto de informações compartilhadas entre os membros de uma mesma organização de saúde. As atividades de saúde, atualmente, são caracterizadas pelo trabalho em equipe, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, prestando atendimento aos pacientes.

De acordo com Shortlife e Barnett (1990), o prontuário possui três grandes propósitos: assistência ao paciente, suporte financeiro e legal e apoio à pesquisa. Stumpf e Freitas (1997) apresentam uma visão mais completa de prontuário, apontando-o como o elemento que permite o inter-relacionamento de diversas áreas dentro de um hospital, como:

- Assistência ao Paciente – apoiando os profissionais da saúde em suas atividades no tratamento de pacientes;
- Ensino e Pesquisa – proporcionando fontes de dados úteis às pesquisas e à atividade de ensino médico;
- Gerência e Administração – fornecendo dados e informações para apoiar atividades nos níveis tático, estratégico e operacional.

Constata-se que a existência do Prontuário do Paciente para atender às atividades da área da saúde, servindo como fonte básica de dados, é um elemento fundamental para a implementação de sistemas de informações efetivos na área médica (Shortlife e Barnett, 1990, Keegan, 1995, Fromberg, 1995, Paz, 1996; Stumpf, 1996).

1.1.2 O Prontuário no Sistema Público de Saúde

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão da saúde pública passou a ser exercida de forma descentralizada. A promoção de ações de saúde foi distribuída entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal, a fim de aproximar o processo de gestão e tomada de decisão do local em que os problemas, de fato, ocorrem. Dependendo da complexidade e da abrangência das ações de saúde, a responsabilidade recairá sobre o governo municipal, estadual ou federal (Carvalho e Santos, 1992). Desta forma, o governo municipal passou a ser o principal gestor e responsável pelas ações de saúde dentro de sua alçada, ou seja, o município (Bordin, 1998). Como gestor do SUS, as suas principais responsabilidades são *“programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.”* (Brasil. Ministério da Saúde, 1990). Portanto, a responsabilidade do município para coletar e estruturar informações também aumentou, principalmente, no âmbito da saúde pública.

Os serviços de saúde, prestados pela rede pública, podem ser classificados em três diferentes níveis de complexidade¹. No nível primário situam-se os serviços básicos de atendimento ambulatorial², prestados por *“pessoal de nível elementar, médio, médicos generalistas e odontólogos. Os estabelecimentos que estão instalados neste nível são os Postos e Centros de Saúde”* (Witt, 1992, p.19). No nível secundário estão disponíveis todos os serviços, prestados pelo nível 1, mais as especialidades médicas básicas e estratégicas, sendo caracterizados por unidades mistas, ambulatorios gerais, hospitais locais e hospitais regionais. Finalmente, o nível terciário se

“caracteriza pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e de urgência. Os estabelecimentos instalados neste níveis, são, basicamente, os ambulatorios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades.” (Witt, 1992, p. 19).

¹ Níveis de complexidade: limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde, segundo a disponibilidade de recursos, a diversificação de atividades prestadas e a sua frequência.

² Ambulatório: local onde se presta assistência a clientes, em regime de não internação.

A assistência ao paciente deve iniciar-se nos níveis primários e, a partir deles, sendo referenciada em níveis mais complexos, quando necessário.

As unidades de nível primário são, portanto, a principal porta de entrada para o sistema de saúde pública e, também, o primeiro nível de resolução de problemas. Se o nível de complexidade do problema de saúde exigir um atendimento mais especializado, como, por exemplo, o hospitalar, o paciente é encaminhado (referência) a uma unidade de saúde de um nível mais elevado. Da mesma forma, quando a situação de saúde do paciente não exigir a complexidade e especialização de um nível elevado, este paciente é encaminhado para a sua unidade primária de origem ou para uma unidade de nível inferior (contra-referência) (Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, 1991, Witt, 1992). O deslocamento do paciente entre os diferentes níveis de assistência deve ser acompanhado de informações como, dados do paciente, sua situação de saúde, motivo pelo qual está sendo encaminhado a outro nível e outras informações médicas e de controle (Witt, 1992). É possível concluir que a existência de um prontuário de pacientes consolidado, principalmente, nas unidades de nível primário, pode ser uma importante base de dados para apoiar a integração entre os diferentes níveis de atendimento, garantindo ao paciente a integralidade de assistência e permitindo aos profissionais do sistema de saúde efetivo apoio à tomada de decisão e auxílio ao planejamento dos serviços de saúde.

Contudo a situação dos prontuários de pacientes no Sistema Público de Saúde é deficiente, principalmente, no nível primário de atendimento no qual estão situados os Postos de Assistência Médica, as Unidades Sanitárias e os Centros de Saúde (Witt, 1992; Bordignon, 1996 e Paz, 1996). Segundo a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde, em 1995 (Paz, 1996), a maioria das unidades de saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul não possui prontuários de acompanhamento ambulatorial consolidados e de boa qualidade. Os prontuários existentes, em sua maioria, não são adequados às reais necessidades dos profissionais que atuam nas unidades de saúde pública, dificultando o registro das informações do paciente e sua posterior recuperação. Alguns documentos utilizados como prontuários foram criados para atender fins administrativo-financeiros e não médicos e,

portanto, não oferecem condições para registrar informações clínicas específicas para o atendimento ao paciente (Bordignon, 1996 e Paz, 1996). Estas informações administrativas são, apenas, parte de um sistema de informações em saúde e devem estar integradas com as informações do *PP*. Torna-se relevante, portanto, a identificação das informações necessárias para atender às reais necessidades destes profissionais da área de saúde e para a futura construção de novos modelos de prontuários.

1.1.3 Integração de Informações na Saúde Pública

A definição do *PP* é, também, um fator importante para construção de um sistema integrado de informações em saúde, permitindo um compartilhamento de informações entre as unidades de saúde da rede pública. As organizações de saúde utilizam-se, cada vez mais, da Tecnologia da Informação (*TI*) e de Sistemas de Informações (*SI*), como forma de melhorar a qualidade de seus serviços e reduzir custos (Maçada, 1994; Hamiltom, 1995 e Raghupathi, 1997). Entretanto, poucos sistemas na área da saúde são realmente integrados e estruturados, sendo a maioria um conjunto de sistemas isolados (Tapscott, 1996). De acordo com o conceito da Organização Mundial de Saúde, um sistema de informações em saúde deve ser um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações necessárias para organizar e operar os serviços de saúde e, também, sob o ponto de vista epidemiológico, a investigação e o planejamento, objetivando o controle de doenças (Moraes, 1994). Para implantar qualquer sistema de informática na área médica, Paz (1996) afirma que é necessária uma base de informações estruturadas, consolidadas e úteis a todos os profissionais da saúde que estão envolvidos no sistema. Esta base de dados pode ser provida, em grande parte, pelo prontuário do paciente. Na sua forma tradicional, pastas com uma grande quantidade de documentos, o *PP* não favorece a manipulação e o processamento dos dados nele contidos.

A presente pesquisa objetiva atender à necessidade de definição de informações essenciais do Prontuário de Pacientes para o nível primário, sendo este a principal esfera de referência e atendimento básico de saúde pública. Este trabalho integra-se a uma linha de

pesquisa mais abrangente e longitudinal. O resultado desta pesquisa deverá contribuir para o desenvolvimento de um sistema integrado de informações de saúde pública, previsto no projeto denominado *Projeto de um sistema de informação de saúde pública para Porto Alegre: o prontuário interinstitucional* (Projeto Informação para a Decisão, 1996). Este projeto contempla a integração dos diversos níveis de atendimento à saúde desde a definição do conteúdo e formato do *Prontuário Essencial* para cada nível de atendimento.

1.2 Utilização da Análise Focada na Decisão na definição dos requisitos de informações

O PP pode ser considerado como fonte de dados para um Sistema de Informações em Saúde (SIS). Por isto, é importante verificar as formas de construção de SI e como são definidos os requisitos de informações. Neste Capítulo, será apresentada a Análise Focada na Decisão (AFD), a qual será utilizada para definir os requisitos de informações para o PP.

1.2.1 A definição de informações na construção de SI

O insucesso de muitos Sistemas de Informações (SI), em relação à sua aceitação e uso, deve-se ao fato de que tais sistemas não suportam as reais necessidades de informações de seus usuários (Wetherbe, 1988 e Davis, 1994). A falha em não atender às expectativas dos usuários é, muitas vezes, decorrente do processo de construção de SI (Szajna e Scamell, 1993), o qual é geralmente composto por quatro fases, identificação, desenvolvimento, implementação e operação e manutenção (Alter, 1996). Na fase de identificação, dentre outras atividades, o analista busca, junto aos usuários, identificar os requisitos de informações para o sistema que será desenvolvido. A definição dos requisitos de informações é crítica, pois o sistema a ser construído será decidido nesta fase. Se a definição do SI ocorrer de forma errada, afetará diretamente a sua construção, implicando maiores custos, decorrentes do esforço para correção e, até mesmo, em sua não utilização (Wetherbe, 1988; Alter, 1996).

Embora muitos autores abordem e descrevam metodologias para a construção de *SI* (Kendall e Kendall, 1988; Wetherbe, 1988; Yordon, 1990; McFadden e Hoffer, 1991; Davis, 1994; Alter, 1996), somente alguns detalham a fase de definição de requisitos de informações, apresentando abordagens específicas (Wetherbe, 1988; Kendall e Kendall, 1988; Davis, 1994), apresentadas na Tabela 1. Observa-se que não existe uma metodologia comum para definição dos requisitos de informações no desenvolvimento de um *SI*. O analista deve identificar qual se adapta mais às características do ambiente em que está sendo desenvolvido o *SI* ou utilizar a combinação de diferentes abordagens.

De acordo com Wetherbe (1988), pode-se apontar cinco erros comuns na fase de definição de requisitos de informações:

1. admite-se que os gerentes e usuários conhecem quais informações eles necessitam;
2. o analista não realiza a identificação de requisitos com todos os decisores que participam do sistema, focalizando apenas algumas áreas;
3. a definição de informações é realizada uma única vez; as pessoas geralmente não estão preparadas para lembrar de todas as informações de que necessitam em uma única entrevista (Davis, 1994);
4. a pergunta *Que informações você precisa para o novo sistema?* é muito vaga e não estimula a definição de informações para apoiar as atividades e decisões;
5. os analistas tendem a entrevistar os usuários individualmente, enquanto deveriam realizar sessões de grupo para maior interação.

Tabela 1 – Abordagens para a definição de requisitos de informações

Autor	Abordagem	Descrição
Davis, 1994	análise de decisão	abordagem que decompõe as decisões para identificar as informações necessárias
	análise de dados	abordagem “botton-up”, baseada na análise de documentos, arquivos e sistemas existentes
Kendall e Kendall, 1988	amostragem e investigação de dados físicos	abordagem baseada na análise de documentos, arquivos e sistemas existentes
	entrevistas	entrevistas, geralmente individuais, com usuários
	questionários	utilização de questionários para identificar necessidades
	observação	observação do comportamento do usuário e do ambiente organizacional
	prototipagem	avalia as necessidades do usuário através da utilização de um protótipo do sistema a ser desenvolvido, mas necessita de informações para a construção do protótipo
Wetherbe, 1988	entrevistas estruturadas	entrevistas com usuários utilizando uma estrutura proposta pelo autor

Fonte: dados pesquisados pelo autor

No ambiente organizacional, a informação é o fator que alimenta o processo decisório, auxiliando o decisor a diminuir o risco e a incerteza na escolha, dentre alternativas de ação. *"O processo de decisão compreende, pois, questionamentos e definição de ações concretas."* (Freitas et al., 1997, p.53). O processo decisório é inerente a qualquer atividade organizacional, em todos os níveis administrativos (operacional, tático e estratégico) e, desta forma, é fundamental para escolha de ações que buscam atingir os objetivos da empresa (Mintzberg, 1995). As decisões mais importantes afetam as ações a serem realizadas e traçam as direções futuras da organização e seus membros (Miller, Hickson e Wilson, 1995). Portanto, para apoiar estas decisões, os SI devem fornecer aos decisores as informações adequadas as suas necessidades. Neste trabalho, a definição de informações essenciais para o PP será basear-se-á nas decisões tomadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas atividades.

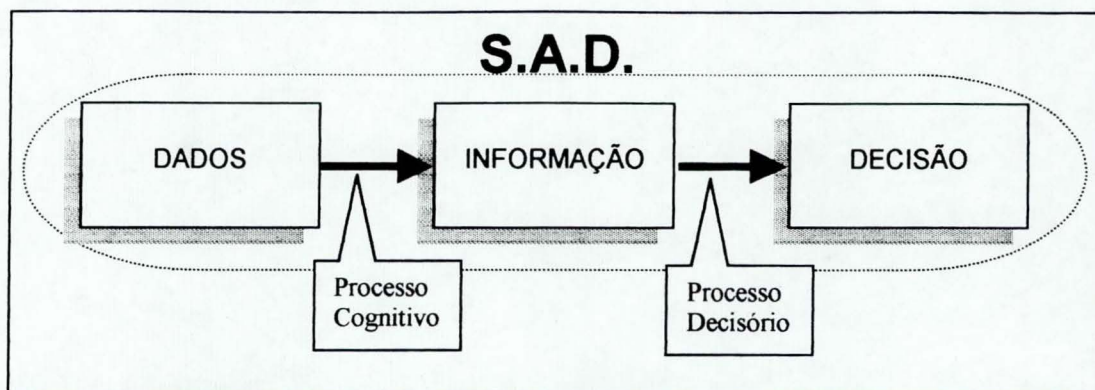


Figura 2- Sistema de Apoio à Decisão

Os Sistemas de Apoio à Decisão (*SAD*) são utilizados para processar e transformar os dados em informações mediante a atribuição de um significado, de acordo com o contexto do decisor (Davis e Olson, 1987; Checkland e Scholes, 1990). Desta forma, auxiliam o processo cognitivo do decisor. Os *SAD* também dão suporte ao processo decisório, utilizando a *TI* para implementar métodos quantitativos e qualitativos de análise e suporte à decisão. A Figura 2 ilustra as funções de um *SAD* no contexto decisório.

Das metodologias para definição de requisitos de informações, identificadas na literatura, a mais pertinente à decisão é a análise de decisão, proposta por Davis (1994). Contudo, o autor não apresenta detalhes sobre esta metodologia e, principalmente, como integrar os modelos de informação para decisão.

A metodologia utilizada, neste trabalho, para definição de requisitos de informações, tem como base a análise de decisão proposta por Davis (1994). A metodologia dá ênfase à decisão e foi denominada de Análise Focada na Decisão (*AFD*). A Figura 3 ilustra a inserção da metodologia nas fases de desenvolvimento de SI, proposta por Alter (1996).

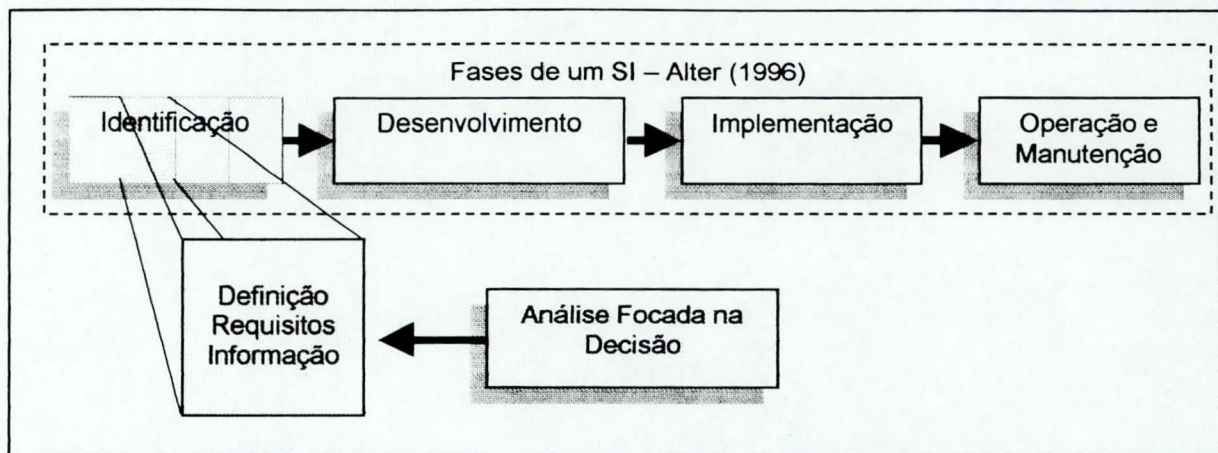


Figura 3 – AFD como método de definição de requisitos de informações. (adaptada de Alter, 1996)

A AFD é uma metodologia que foi proposta, inicialmente, pelo professor Paul D. Fischer, da Universidade de Victória, Canadá. Por ser uma metodologia recente, está sendo aperfeiçoada e a sua apresentação no IV Fórum Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde e no Information Technology in Community Health (ITCH'98), em 1998, proporcionou valiosas críticas ao seu desenvolvimento. Este trabalho também deverá contribuir para o aperfeiçoamento da AFD.

1.2.2 O elemento humano no desenvolvimento de SI

O sucesso no desenvolvimento, implementação e utilização de SI está fortemente relacionado com os fatores humanos (Davis, 1994; Teo, Ang e Pravi, 1997). A participação e o envolvimento dos usuários na construção do sistema têm efeitos positivos na aceitação e utilização do futuro SI, na medida em que as expectativas e desejos são compatibilizados com o projeto (Szajna e Scamell, 1993; Barki e Hartwick, 1994; Albertin, 1996; Hunton e Beeler, 1997; Purvis e Sambamurthy, 1997).

Há consenso, entre os diversos autores, que a participação do usuário, geralmente:

- aumenta a aceitação do sistema e sua utilização;

- aumenta a qualidade do sistema desenvolvido;
- proporciona aos usuários um maior entendimento e compreensão do sistema;
- melhora o processo de definição de requisitos na medida em que o usuário realmente participa, explicitando suas necessidades;
- ajusta as expectativas do usuário às capacidades reais do sistema.

Como poderá ser percebido, em mais detalhes, na seção 4, a AFD privilegia o relacionamento entre usuário e analista.

1.2.3 Modelo de decisão da AFD

O modelo de decisão adotado na AFD está representado na Figura 4. No desempenho das diversas funções e atividades organizacionais, as pessoas decidem, escolhendo o melhor curso de ação a ser seguido. Em cada situação de decisão, o decisor recebe informações geradas por outras situações de decisão, concomitantes ou não, para que possa decidir. Caso a quantidade de informações recebidas não seja suficiente para tomar a decisão, outros processos e ações serão desencadeadas para obter mais dados e informações. No momento em que o decisor sente-se suficientemente informado, estando pronto para decidir, uma ação é gerada. Esta ação gera dados e informações, alimentando outras situações de decisões e provendo suporte a novas decisões do mesmo processo que a gerou.

Na metodologia *AFD*, o foco da análise está no processo decisório. É importante ressaltar que não se está falando de uma metodologia para o desenvolvimento de *SAD*, mas, sim, para auxiliar na fase de definição de requisitos de informações na construção de *SI*.

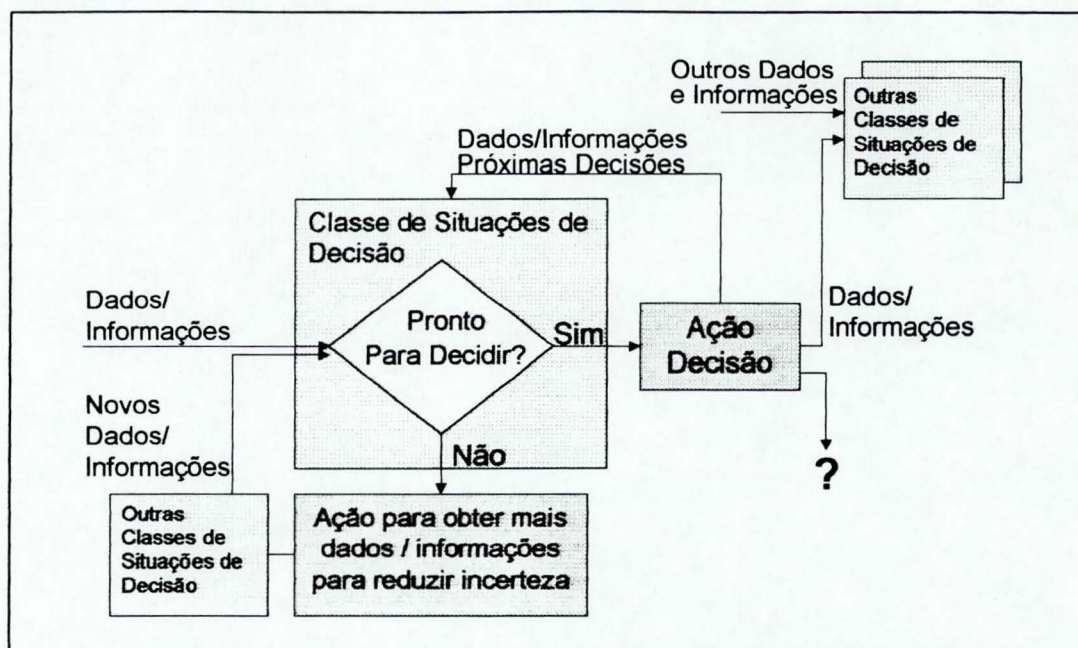


Figura 4- Modelo dinâmico informação-decisão

1.2.4 Limitações da metodologia

A metodologia está baseada na percepção dos usuários para a definição de informações. Assim, o grau de envolvimento e participação dos membros influenciará fortemente a adequação dos resultados às reais necessidades.

1.2.5 Etapas da Análise Focada na Decisão

A metodologia AFD é composta por fases sequenciais e atividades de análise e modelagem do sistema, que se desenvolvem durante todo o processo. Entretanto, o pesquisador possui grande liberdade para movimentar-se entre as fases, para melhorar a qualidade dos dados da pesquisa. O produto da metodologia AFD é um modelo integrado do fluxo de dados, no qual os objetos estão centrados nas classes de decisões.

1.3 Unidade Sanitária Nova Brasília

1.3.1 Escolha do Local de estudo

O local foi escolhido por conveniência, levando em consideração três fatores: riqueza dos dados, familiarização e adequação. Em um primeiro momento, foram escolhidos dois locais para a pesquisa. O Centro de Saúde Bom Jesus (CSBJ) é uma unidade sanitária de média complexidade, contando com algumas especialidades médicas e pronto-atendimento. O outro local escolhido foi a Unidade Sanitária Nova Brasília (USNB), de menor complexidade. Ambos foram escolhidos com o auxílio de profissionais da Equipe de Informações em Saúde (CEDIS), da Secretaria Municipal de Saúde, de Porto Alegre. Estes postos foram indicados como os mais estruturados e de melhor desempenho. Ambos já utilizavam prontuários e tinham rotinas e procedimentos consolidados. Foi levada em consideração a carga de trabalho e a motivação presente nestes dois ambientes.

O CSBJ foi o primeiro local a ser estudado. Foi possível observar que todos os profissionais estavam motivados e favoráveis à realização da pesquisa. Entretanto, no início da pesquisa houve um grande aumento do número de doenças respiratórias, que ocasionaram um grande movimento no posto, muito além de sua capacidade. Foi possível observar o ritmo exaustivo e, muitas vezes, tenso, de trabalho dos profissionais. Assim, dadas as limitações de tempo e recursos para a realização da pesquisa, o pesquisador julgou conveniente interromper os trabalhos no CSBJ por ser uma unidade complexa e por não haver, naquele momento, condições de realizar entrevistas e reuniões. Os esforços foram concentrados para o estudo na USNB, menor e com movimento menos intenso. Entretanto, a análise inicial no CSBJ foi de grande importância para conhecer o ambiente que seria estudado.

1.3.2 Unidade Sanitária Nova Brasília

A Unidade Sanitária Nova Brasília está subordinada à Secretaria Municipal de Saúde, de Porto Alegre, e participa como integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta unidade presta atendimento à população nas áreas de enfermagem, clínica médica, gine-

cologia, pediatria e odontologia. A USNB realiza, também, programas sociais de atenção às gestantes e recém-nascidos. A unidade possui ainda uma farmácia para distribuição gratuita de medicamentos.

A unidade sanitária conta com 31 profissionais, distribuídos em diferentes funções, como demonstra a Tabela 2. Alguns profissionais exercem atividades diferentes daquelas para as quais foram contratados, em razão das necessidades da unidade sanitária. O auxiliar de serviço social, atualmente, exerce atividades administrativas, a função de gerência da unidade sanitária é exercida por uma médica pediatra e o profissional de técnica de nutrição atua como chefia substituta. É possível observar que cargos administrativos e de gerência são ocupados por pessoas que possuem outra formação profissional. Isto não diminui a capacidade de gestão e competência destes indivíduos, mas, certamente, estas habilidades poderiam ser potencializadas pela formação adequada.

Tabela 2 - Quadro de funcionários

Atividade Profissional	Nro de Profissionais
Atendente de enfermagem	2
Auxiliar de enfermagem	11
Auxiliar de serviço social	1
Auxiliar de gabinete odontológico	2
Auxiliar de serviços gerais	2
Enfermeira	1
Médico clínico geral	2
Médico geral comunitário	1
Médico ginecologista	2
Médico pediatra	4
Médico odontólogo	2
Técnica de nutrição	1

Fonte: documentos da USNB

1.3.3 Movimentação de Pacientes

A USNB presta atendimento a qualquer usuário do SUS. Todavia, alguns serviços estão disponíveis, apenas, para os usuários pertencentes a sua área de atuação, geograficamente, determinada. A Figura 5 representa a movimentação de pacientes e os serviços oferecidos pela unidade.

Os usuários também buscam medicamentos, distribuídos gratuitamente para qualquer paciente, de qualquer área, mediante apresentação de receituário médico. Para isto, basta ir diretamente à farmácia, localizada no interior do posto.

As consultas exigem a passagem pela recepção. Diariamente, pela manhã, são dis-

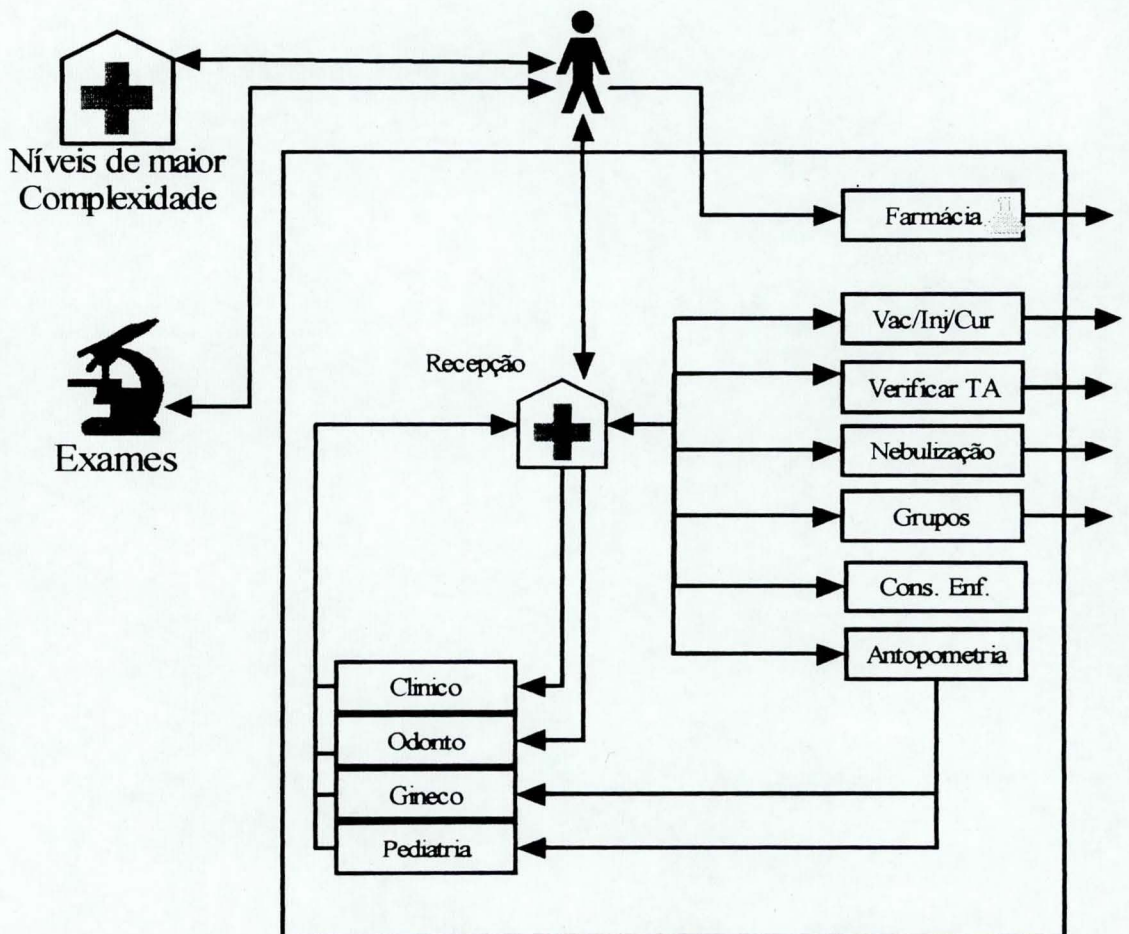


Figura 5 - Fluxo de Pacientes na USNB

tribuídas as “fichas” para consultas diárias e agendadas. É informado, previamente, o número de consultas disponíveis e os pacientes formam uma fila para recebê-las. Geralmente, a demanda é superior à oferta de consultas. Alguns serviços possuem um procedimento diferenciado para consultas. A odontologia, por exemplo, a cada 3 meses, disponibiliza um

determinado número de “vagas”. Após a primeira consulta, o paciente tem a garantia de consultas periódicas para revisão sem a necessidade de enfrentar filas novamente. O mesmo acontece com as gestantes e recém-nascidos que possuem uma consulta por mês garantida e pré-agendada, não necessitando ficar em filas de espera.

Quando o paciente apresenta problemas que não podem ser resolvidos no posto e necessita de cuidados mais especializados, então, é referenciado para um especialista. O médico preenche um formulário de referência e outros profissionais do posto agendam uma consulta por meio da central de marcação de consultas. A central determina o local e data da consulta. Assim, o paciente é avisado e recebe o formulário de referência para sua consulta. Após o tratamento com o especialista, o paciente recebe a contra-referência, indicando que não necessita mais de cuidados especializados, ou ainda, que necessita de tratamento em outra especialidade, diferente daquela para qual foi indicado. Este estudo identificou muitos problemas no processo de referência e contra-referência, os quais serão explicitados nas próximas seções.

Os exames necessários são realizados, em sua maioria, em laboratórios conveniados com o SUS, mas alguns exames ginecológicos podem ser realizados na própria unidade e, outros, o material é coletado e enviado para análise. Os exames externos são solicitados pelos médicos e autorizados na recepção, aonde é informado ao paciente qual o laboratório indicado. A marcação do exame e retirada do resultado é feita pelo paciente, diretamente, com o laboratório.

A população recorre, também aos serviços de vacinação, verificação de TA, curativos, nebulizações, e outros procedimentos de enfermagem oferecidos pelo posto.

2 Objetivos

Os objetivos serão apresentados em três partes. A primeira destina-se ao objetivo geral, o qual é o tema central desta dissertação. A segunda parte destina-se a descrever os objetivos específicos. Finalmente, são apresentados os objetivos secundários desta pesquisa.

2.1 Objetivo Geral

Este trabalho tem como seu principal objetivo a definição de informações essenciais para compor um Prontuário de Pacientes (*PP*), em um Posto de Saúde, para apoiar a pluralidade das funções dependentes das informações sobre os pacientes e dos processos aos quais eles estão sujeitos.

2.1.1 Questão de Pesquisa

A questão fundamental de pesquisa pode ser definida como:

Quais são as informações necessárias ou essenciais, para compor o prontuário de pacientes (*PP*), em um posto de saúde, que apoie os processos decisórios, clínicos, operacionais, administrativos e de gestão, dependentes das informações sobre os pacientes ?

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os processos decisórios que utilizam dados e informações dos pacientes e em quais estes dados e informações são transformadas no Posto de Saúde Nova Brasília.
- Modelar o fluxo de dados e informações usados nos processos decisórios clínicos, gerenciais e administrativos no Posto de Saúde Nova Brasília.
- Verificar e validar os modelos com os funcionários do Posto de Saúde Nova Brasília tomando estas decisões.

2.3 Objetivo Secundário

- Avaliar qualitativamente, baseado na validade dos modelos resultantes, a efetividade da metodologia de análise de sistema usada para desenvolver os modelos.

3 Metodologia

Este estudo tem caráter exploratório e o presente Capítulo destina-se a apresentar a posição epistemológica e o método utilizado nesta pesquisa.

3.1 *Epistemologia de Pesquisa*

As pesquisas científicas se baseiam em certos posicionamentos filosóficos que identificam as asserções do pesquisador em relação ao mundo e ao trabalho de estudo. A epistemologia identifica o posicionamento do pesquisador e seu estudo em relação ao conhecimento e à forma com que ele pode ser obtido. De acordo com Orlikowski e Baroudi (1991), três posicionamentos epistemológicos principais podem ser identificados: positivista, interpretativo e crítico. Este estudo, de caráter exploratório, pretende assumir um posicionamento interpretativo, em que *“a realidade e o conhecimento inerente a ela são produtos sociais e consequentemente incapazes de serem entendidos independentemente dos atores sociais”* (Orlikowski e Baroudi, 1991). A abordagem interpretativa permite ao pesquisador maior entendimento do ambiente estudado (Neuman, 1998).

Este estudo está baseado nos princípios metodológicos da Pesquisa-Ação (*PA*) e da Pesquisa de Campo (do inglês, “field research”).

A *PA* permite ao pesquisador intervir na organização em estudo, desempenhando um papel participativo com os seus membros (Thiollent 1986, 1997). A *PA* pode ser descrita como um processo cíclico de cinco etapas: diagnóstico, planejamento da ação, ação, avaliação e aprendizado específico. Todas as etapas devem contar com a participação e envolvimento dos membros da organização em estudo e do pesquisador (Susman e Evered, 1978). Entretanto, Chein, Cook, e Harding (1948) apud Susman e Evered (1974) apresentam uma variação da *PA*, denominada de Pesquisa-Ação Participante, na qual as fases de diagnóstico e planejamento da ação são realizados sem a participação ativa dos membros da organização. É possível observar uma confusão de termos e definições para a *PA* nas diferentes áreas de conhecimento (Eden e Huxham, 1995).

Neste estudo, a PA está sendo utilizada para proporcionar efetiva participação dos membros da organização e interação com o pesquisador na definição dos requisitos de informações. A figura 6 apresenta a AFD integrada ao ciclo de pesquisa-ação.

“Na pesquisa de campo, também conhecida como observação participante ou etnografia, o pesquisador conversa e observa diretamente as pessoas que estão sendo estudadas. Através da interação durante meses ou anos, o pesquisador apreende sobre eles, suas vidas, seus interesses e passatempos, seus hábitos, esperanças, medos e sonhos.” (Neuman, 1997, p.344).

A etnografia preocupa-se em descrever e compreender uma cultura a partir do ponto de vista de seus integrantes. O pesquisador procura descrever os conhecimentos culturais explícitos e tácitos, utilizados pelos membros (Neuman, 1997). De acordo com Pozzebon e

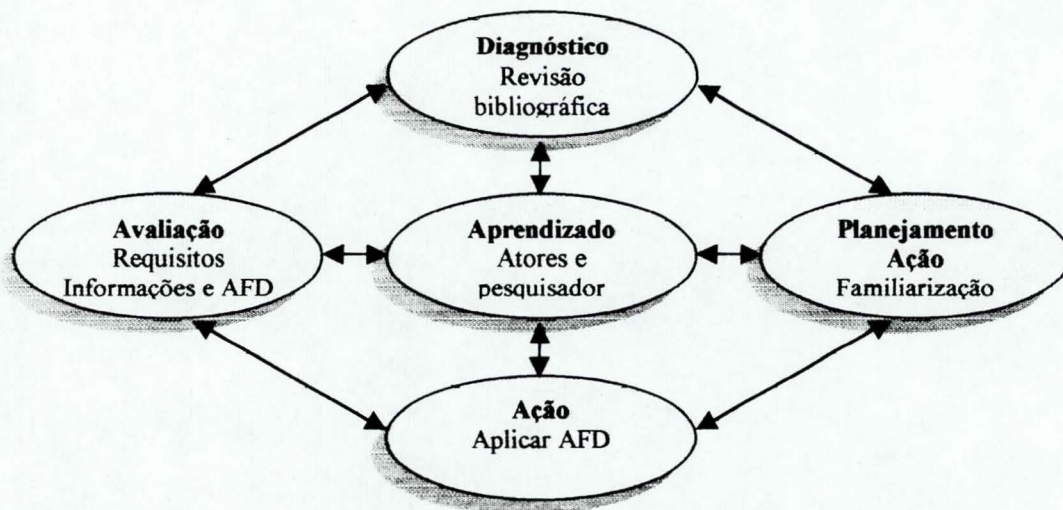


Figura 6 – A AFD e o ciclo de pesquisa-ação
(adaptada de Susman e Evered, 1974)

Freitas (1997, p.3),

“na área de Sistemas de Informação, as evidências que buscamos estão inseridas no contexto formado pela interação entre homem e computador. Por essa razão, adota-se uma perspectiva sócio-técnica: aspectos humanos (cognitivos, psicológicos, sociais, culturais) e aspectos técnicos (ergonomia, projeto) devem ser levados em conta não de forma isolada, mas integrada”.

A pesquisa de campo ou etnográfica, será utilizada para compreender melhor a realidade dos membros da organização em estudo. Entretanto, é importante ressaltar que estes princípios serão adaptados para definição de informações. O foco principal da pesquisa não está no comportamento dos indivíduos e nas suas regras sociais, mas na definição de informações necessárias para estes indivíduos desenvolverem suas atividades, de acordo com o seu contexto sociotécnico. Assim, este estudo não pretende desenvolver uma pesquisa etnográfica sobre a vida dos indivíduos, mas utilizar a etnografia em conjunto com outros métodos, para definir os requisitos de informações que atendam às reais necessidades dos membros da organização, de acordo com a sua realidade de vida.

A utilização de diferentes métodos possibilita identificar diferentes aspectos da realidade empírica (Berg, 1995). Portanto, o cruzamento destas informações proporcionará um melhor entendimento e, conseqüentemente melhor adaptação das informações à realidade dos profissionais que utiliza-la-ão.

3.2 Metodologia de Análise Focada na Decisão

3.2.1 Papel do Pesquisador

Na metodologia AFD o pesquisador desempenha um papel ativo, atuando como facilitador no processo de definição de informações. O facilitador interage com os usuários, ajudando-os a definir o sistema (Markus e Benjamin, 1996). Assim, é assumida a influência que ele exerce sobre os membros da organização.

No início do estudo, o pesquisador foi apresentado e seus objetivos foram claramente explicitados a todos os membros participantes. O mesmo não desempenhou funções ou atividades específicas da organização, atuando apenas como um observador e investigador científico. O papel ativo do investigador na organização é o de identificar as informações essenciais para o PP, atuando como facilitador neste processo.

3.2.2 Coleta de Dados

Os dados para a AFD foram coletados, utilizando-se a triangulação por meio de diferentes métodos. A triangulação contribui para reduzir as distorções e inconsistências aumentando a validade dos dados e conclusões (Eden e Huxhan 1995, Neumam, 1997, Maxewell, 1996). Os dados foram coletados pelas entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas, entrevistas não formais, notas do pesquisador ao observar a rotina da organização e coleta de dados secundários como, documentos, fichas, publicações, relatórios e sistemas existentes.

De acordo com Berg (1995), as entrevistas semi-estruturadas se caracterizam por possuir um número pré-determinado de questões ou tópicos. Estas questões são aplicadas de forma sistemática, mas o pesquisador dispõe de grande liberdade para modificar o roteiro e as perguntas durante a entrevista, a fim de investigar mais profundamente o assunto. Portanto, a entrevista não-estruturada é útil para investigar fenômenos desconhecidos para o pesquisador ou, então, para obter mais informações sobre um fato já conhecido (Berg, 1995). Outra característica é a forte interação entre pesquisador e pesquisado, que assume um papel ativo na entrevista (Neuman, 1997).

Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados notas escritas durante as entrevistas e gravações em fita magnética.

3.2.3 “a priori” Limitações da metodologia

Os resultados desta pesquisa aplicam-se somente ao contexto da Unidade Sanitária Nova Brasília e representam a visão dos seus membros e do pesquisador.

A metodologia está baseada na percepção dos usuários para definição de informações. Assim, o grau de envolvimento e participação dos membros influenciará, fortemente, a adequação dos resultados às reais necessidades.

3.2.4 Etapas da Pesquisa

Em um primeiro momento as atividades estavam voltadas para a revisão bibliográfica dos temas inerentes à pesquisa. As atividades de revisão bibliográfica, embora intensificadas nos primeiros meses do projeto, estenderam-se durante toda sua execução (Figura 7).

Após a revisão bibliográfica foi realizado um pré-teste da metodologia AFD com dois integrantes da Equipe de Informação em Saúde (CEDIS), da Secretaria Municipal de Saúde, de Porto Alegre. A seguir foi realizada a escolha dos locais a serem pesquisados. Em seguida, foi iniciada a pesquisa nestas organizações, com a familiarização entre os pesquisadores e os profissionais dos estabelecimentos de saúde escolhidos. Na fase seguinte, foi iniciada a aplicação da AFD. Finalmente, foram analisados os resultados obtidos com a pesquisa e avaliada a utilização da metodologia AFD.

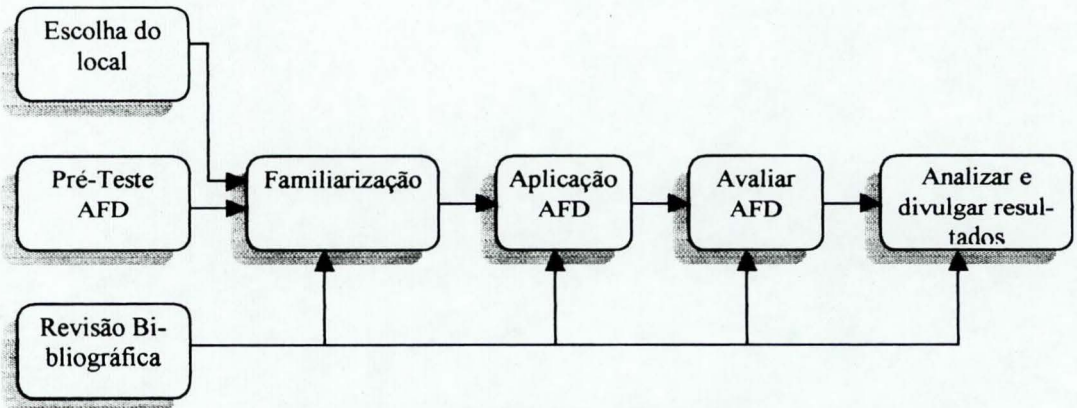


Figura 7 – Etapas da Pesquisa

A metodologia AFD é composta por fases sequenciais e atividades de análise e modelagem do sistema, que se desenvolvem durante todo o processo (Figura 8). O produto da metodologia AFD é um modelo integrado do fluxo de dados, no qual os objetos estão centrados nas classes de decisões.

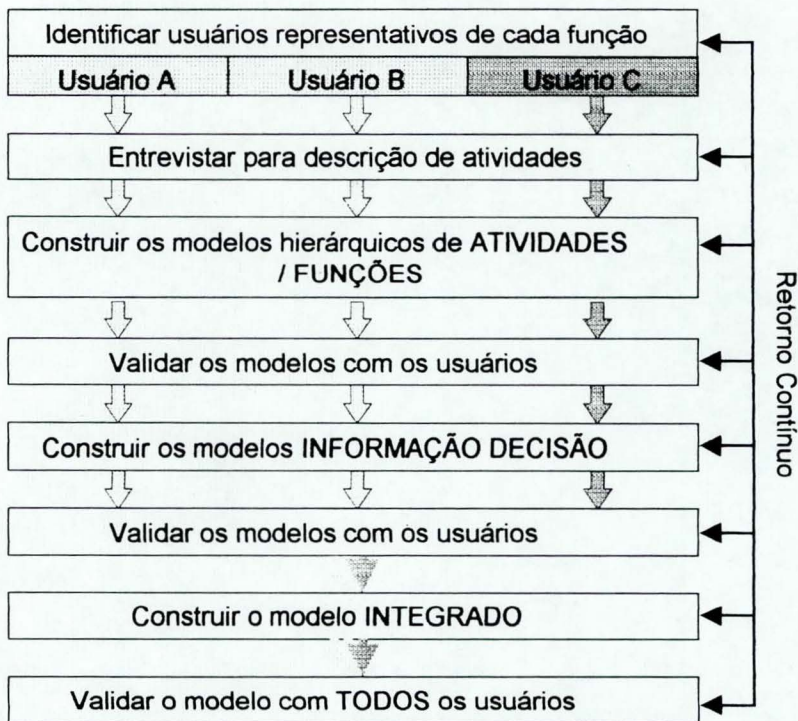


Figura 8 – AFD aplicada na USNB

3.2.5 Identificar usuários representativos de cada função.

Nesta etapa inicial, o analista inicia o processo de reconhecimento e ambientação com o local aonde será desenvolvida a análise. O primeiro contato com a Unidade Sanitária Nova Brasília (USNB) foi feito por meio de uma reunião, realizada com a participação do pesquisador, do gerente da unidade, de dois profissionais do CEDIS – SMS, e de dois professores da UFRGS. O objetivo da reunião era apresentar o projeto e obter aprovação da gerência da USNB, a qual foi favorável a sua realização. Outra reunião com o gerente da unidade foi realizada com o objetivo de entender o funcionamento da organização,

identificar as principais funções e atividades da unidade e as respectivas pessoas que as exercem. Foram utilizadas entrevistas não estruturadas e outras fontes de dados como, por exemplo, documentos e organogramas da unidade.

Após isso o projeto foi apresentado a todos os funcionários do posto em uma reunião em grupo. Foi realizada a apresentação pessoal do pesquisador e informados os objetivos do projeto e as atividades previstas. É importante que todos os usuários aceitem o analista e entendam claramente seus objetivos.

Embora o número de profissionais, desempenhando a mesma função fosse pequeno, existiam turnos diferentes de trabalho. Assim, para facilitar a realização das entrevistas individuais e em grupo foram escolhidos profissionais com horários de trabalho ou tempo disponível em comum. Os profissionais não escolhidos também foram entrevistados, informalmente, e alguns participaram das etapas de validação. A Tabela 3 apresenta os usuários identificados de cada função.

Tabela 3- Usuários identificados

Função	Nro de Profissionais	Usuários identificados
Atendente de enfermagem	2	2
Auxiliar de enfermagem	11	7
Auxiliar de serviço social	1	1
Auxiliar de gabinete odontológico	2	2
Auxiliar de serviços gerais	2	1
Enfermeira	1	1
Médico clínico geral	2	1
Médico geral comunitário	1	1
Médico ginecologista	2	1
Médico pediatra	4	2
Médico odontólogo	2	1
Técnica de nutrição	1	1

Fonte: dados do autor

3.2.6 Entrevistar usuários para descrição de atividades

A entrevista para descrição de atividades foi realizada em grupo, do qual participaram 21 profissionais da USNB (ver tabela 3). A tarefa consiste em relatar, com frases curtas, as diversas atividades que desenvolvem na sua função.

Foi solicitado aos membros que escrevessem em uma folha de papel as atividades e decisões que realizam na organização. Também foi lembrado aos participantes que além das atividades diárias, existem outras de menor frequência, mas que também devem ser relatadas. O prazo para conclusão desta tarefa foi de uma semana. Depois, os manuscritos, no total de 21, foram coletados e analisados pelo pesquisador. As descrições de atividades dos usuários se encontram no Anexo I. A seguir, é apresentada a descrição de atividades de um médico da USNB, à guisa de exemplo.

Nome: profissional 8

Cargo: médico

atendimento de pacientes: ouvir, exame físico, solicitar exames complementares, receitar medicamentos, orientação/educação

avaliação de ferimentos

discussão de situações clínicas com outros profissionais

troca de receitas de medicamentos cujo acesso é muito difícil (\$)

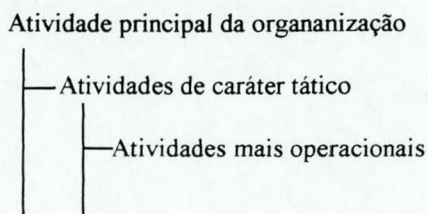
visitas a pacientes no domicílio.

Muitos dos participantes ficaram surpresos com o número de atividades que desenvolviam na organização, muito maior do que pensavam. A frase : "*Nossa! Eu não sabia que fazia tanta coisa!*" é bastante pronunciada, o que demonstra que não possuem a exata idéia de suas tarefas e, conseqüentemente, das informações que necessitam para desempenhá-las.

Em seguida foram realizadas entrevistas não estruturadas com cada participante. O objetivo destas entrevistas era conhecer melhor a rotina de trabalho de cada um dos profissionais. Esta fase provoca o usuário a refletir sobre sua função na organização.

3.2.7 Construir os modelos hierárquicos de atividades e funções

O analista, de posse das descrições de atividades, constrói um modelo organizando as funções de acordo com o seu nível hierárquico. A atividade mais abrangente, que define os objetivos gerais da organização, deve ser colocada no nível mais alto. Ela deve refletir a missão da empresa. A subsequente organização das demais atividades deve ser realizada observando-se a hierarquia entre atividades estratégicas, táticas e operacionais.



Os modelos de funções foram inicialmente construídos pelo pesquisador com base na descrição de atividades, realizada pelos profissionais da USNB. Outras fontes de dados também foram utilizadas como, registros de documentos, publicações internas, notas de observações e entrevistas. A construção dos modelos hierárquicos ocorreu, concomitantemente, às entrevistas individuais, sendo um processo interativo de construção e pesquisa. De um total de 21 descrições de atividades recebidas foram produzidos 12 modelos hierárquicos de funções. A função de auxiliar de serviços gerais não foi considerada por não ter relacionamento direto com as informações do paciente. O número de modelos é menor porque alguns profissionais desempenham atividades iguais ou muito semelhantes as quais foram condensadas em um único modelo.

3.2.8 Validar os modelos hierárquicos

Os modelos são construídos apenas com usuários representativos de cada classe. Entretanto, é desejável que a validação seja realizada com o maioria dos usuários de cada classe. A validação é obtida pela aceitação do modelo pelos usuários. Assim a validade está baseada na percepção dos membros da organização. Uma proposta para conduzir as reuniões de discussão e validação dos modelos é a utilização da técnica de “focus group” (FG). O FG é uma técnica de entrevista não rigidamente estruturada, que estimula a discussão dentro do grupo, baseando-se em uma estrutura de tópicos preestabelecida pelo moderador, que representa os interesses da pesquisa. Geralmente, a figura do moderador é assumida pelo próprio analista. Por ser um método interativo e de discussão em grupo, o FG é extremamente útil como um instrumento exploratório, fazendo emergir informações que, normalmente, não seriam captadas por entrevistas individuais nem questionários dirigidos (Morgan, 1988; Berg, 1995 e Stumpf e Freitas, 1997). Entretanto, outras técnicas podem ser utilizadas, adaptadas ao contexto no qual será realizada a pesquisa.

Para validar os modelos foram realizadas 12 entrevistas individuais e semi-estruturadas, de duração média de 1 hora e 30 minutos, com os profissionais das funções. Estas entrevistas, também, foram utilizadas para identificar os modelos de informação e decisão.

Cinco questões básicas nortearam a investigação:

1. Para quê cada atividade era realizada?
2. Modelo representava a realidade ?
3. Qual objetivo maior das atividades descritas e como elas estavam relacionadas com as outras atividades da unidade de saúde?
4. Qual era o objetivo maior da organização, missão, do ponto de vista do entrevistado?
5. Quais são os problemas identificados no desempenho destas funções?

Essas perguntas não eram feitas de maneira direta. A entrevista iniciava-se com a apresentação do modelo e perguntas sobre como as atividades eram realizadas. Foi dada total liberdade ao entrevistado para falar sobre o assunto. Assim, a entrevista não era rígida e assemelhava-se mais a uma conversa informal. Os modelos construídos pelo pesquisador foram apresentados aos entrevistados para críticas e correções. A validação destes modelos foi baseada na percepção dos usuários e do pesquisador.

Estes modelos são apresentados no Anexo II

3.2.9 Construir os modelos de informação-decisão

Com base nos modelos hierárquico de atividades e funções, foram identificados os principais processos decisórios dos atores. Para cada decisão ou atividade, descrita no modelo hierárquico de funções, foram definidas as entradas e saídas de informações. As informações foram representadas por quadriláteros e os processos por elipses. Entretanto, a simbologia a ser adotada é livre e outros padrões também são interessantes como, por exemplo, as “rich pictures”, utilizadas por Checkland (1990).

Os modelos de informação e decisão foram construídos pelas informações coletadas nas entrevistas para validação dos modelos de funções. Para construção dos modelos apenas foram levadas em consideração as atividades que tinham alguma relação com o atendimento ao paciente.

Três questões básicas nortearam a investigação:

1. Quais eram as decisões e informações necessárias para desempenhar tais atividades?
2. Qual a origem das informações necessárias para desempenhar as atividades?
3. Quais são as informações geradas?

Algumas funções foram agrupadas por representarem um mesmo processo decisório mais relevante. Por exemplo, a atividade de ouvir a queixa do paciente foi agrupada no processo decisório de emitir o diagnóstico. Os modelos identificados serão apresentados e comentados no Capítulo 4.

3.2.10 Validar os modelos de informação e decisão com os usuários

Os modelos foram validados pelas entrevistas não estruturadas e individuais com os profissionais. A validação foi obtida mediante percepção dos profissionais em verificar se o modelo apresentado representava a realidade. As modificações propostas aos modelos eram anotadas pelo pesquisador. As entrevistas também foram gravadas em fitas magnéticas e após digitalizadas em computador. A utilização de gravações digitais possibilitou o acesso imediato a trechos das entrevistas e outras funções, facilitando a análise.

3.2.11 Construir o modelo integrado

O modelo integrado foi construído com base nos modelos de informação e decisão, desenvolvidos com cada usuário, interligando-se entradas e saídas de informações entre os

diferentes processos. Cada processo decisório possui entradas e saídas de dados e informações. As entradas de informações identificadas para um processo decisório devem ser geradas por outro processo ou realimentadas pelo mesmo. Caso sejam provenientes de outra decisão, deve-se identificar o processo decisório gerador, interligando-os através das informações em comum. Isto deve ser realizado até que todos os processos tenha sido analisados. Ao final podemos ter as seguintes situações:

- 1) Processos com todas as entradas e saídas de informações interligadas;
- 2) Processos com saídas ou entradas de informações não interligadas;

As saídas de informações de um processo decisório não interligadas devem ser analisadas para verificar se a sua não utilização é verdadeira. Caso seja verdade, elas devem ser descartadas do conjunto de informações essenciais, pois são desnecessárias.

As entradas de informações para as quais não foram identificados processos geradores indicam a necessidade de criação de novos processos ou adaptação dos existentes.

A análise “top-down”, as observações desenvolvidas paralelamente, durante todas as fases, auxiliaram nesta tarefa, fornecendo uma visão integrada da organização.

3.2.12 Validar o modelo integrado com os usuários

Finalmente, o modelo construído é validado com todas as classes de usuários, conjuntamente. As mesmas premissas e técnicas utilizadas para validação dos modelos hierárquicos são aplicadas nesta validação.

A validação do modelo integrado foi realizada por duas reuniões em grupo, com a participação de representantes da classe médica, enfermagem e administrativa. O modelo integrado foi apresentado e explicado ao grupo (Figura 9). Entrevistas individuais com os usuários para apresentar e discutir o modelo integrado, também, foram realizadas. A validação foi obtida mediante percepção dos profissionais em verificar se o modelo apresentado representava a realidade. As sugestões e modificações propostas ao modelo eram registradas pelo pesquisador.

Algumas questões básicas nortearam a validação:

1. Modelo representava a realidade ?
2. Os processos decisórios estavam relacionados corretamente?
3. As decisões e informações necessárias para desempenhar as atividades estavam de acordo com as necessidades dos profissionais?

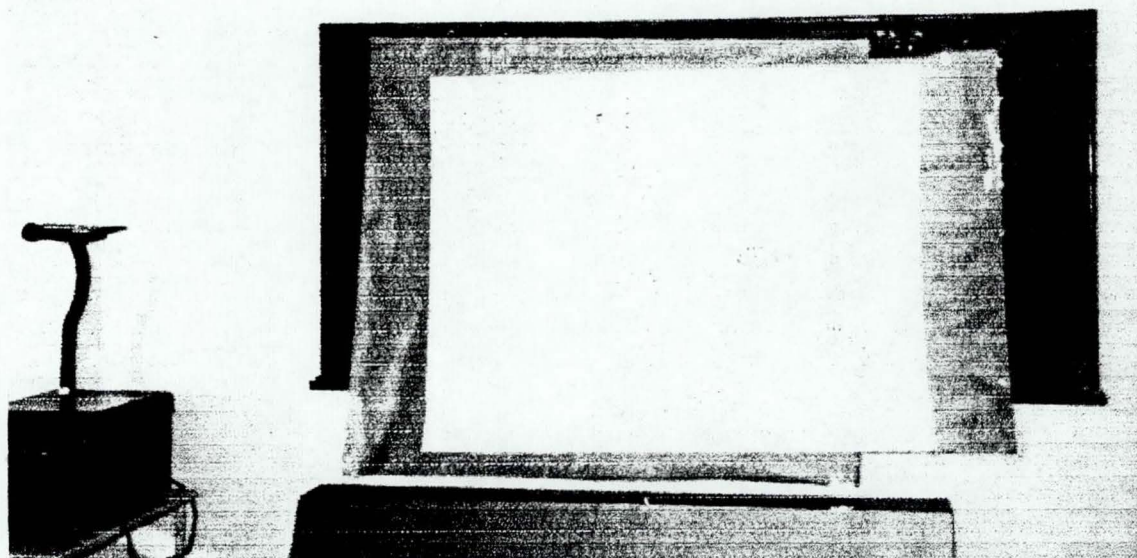


Figura 9 – Modelo integrado, apresentado para validação final na USNB

4 Resultados

Como resultado principal desta pesquisa podemos destacar a definição de um conjunto de informações para compor um PP em um posto de saúde. Também é importante relatar os resultados e a experiência obtida no processo de aplicação da AFD para a obtenção destas informações..

Os modelos apresentados a seguir são o resultado da construção dos modelos de informação e decisão. Os modelos, para cada atividade, serão descritos individualmente e no final apresentar-se-á o modelo integrado e a proposta de informações para o PP.

As informações, representadas nos modelos pelos quadriláteros, foram resumidas para facilitar a representação e compreensão dos modelos.

4.1 *Informações Essenciais e Processos Decisórios*

4.1.1 Hierarquia de Funções

Os modelos de hierarquia de funções estão apresentados no Anexo II. Os modelos proporcionaram ao pesquisador e aos participantes uma forma de identificar e visualizar as diversas atividades que eram desenvolvidas na USNB. Os modelos permitiram também representar a hierarquia existente nas ações praticadas, de acordo com os objetivos, culminando na atividade e objetivo de melhorar a saúde da população de POA, a partir da qual derivam todas as demais. Com base nas atividades, foram construídos os modelos de informação e decisão, representados a seguir.

Estes modelos auxiliaram a construção dos modelos de decisão, que serão apresentados a seguir.

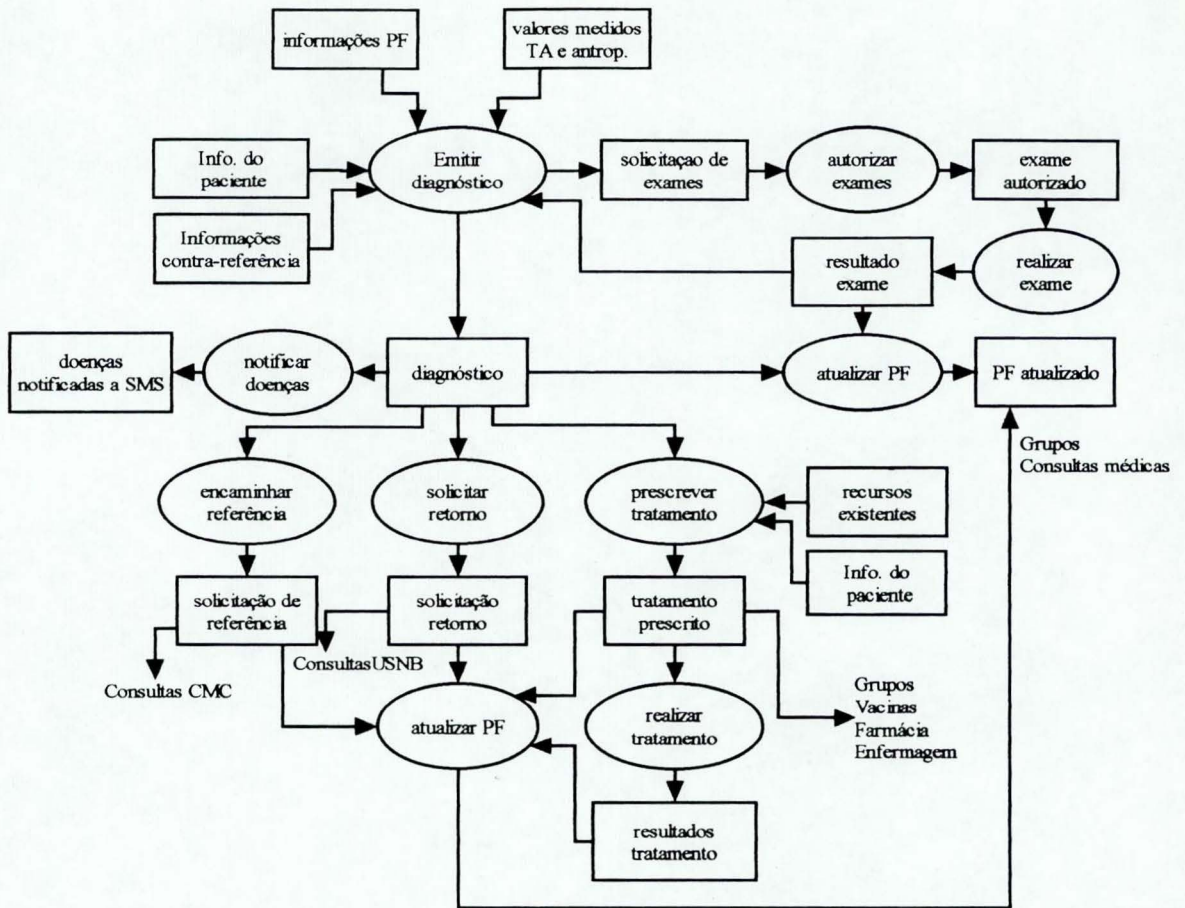


Figura 10 – Consultas médicas

4.1.2 Modelos de decisão

A seguir serão apresentados os principais modelos identificados. Outros modelos, também, validados, porém mais específicos estão no Anexo III

4.1.2.1 Consultas médicas

Todas as atividades desenvolvidas por um médico, ao atender um paciente na USBN foram agrupadas em um modelo denominado consultas médicas. Os médicos da USBN atendem os pacientes que são encaminhados pela recepção (Figura 10).

Verificar TA: antes de ser encaminhado para o consultório médico, é realizada a

antropometria (peso, altura, pressão arterial) do paciente. Estes valores são enviados para o médico juntamente com o prontuário do paciente. Este procedimento é realizado pela enfermagem.

Emitir Diagnóstico: para emitir um diagnóstico, o médico coleta informações de diversas fontes. Inicialmente, ouve-se a “queixa” do paciente em que ele expressa o seu problema. Com base na queixa, procuram-se mais informações por meio do questionamento e diálogo com o paciente. Outras informações, também, são coletadas mediante exame físico do paciente (por exemplo, escutar e testar reflexos).

As informações históricas sobre a vida do paciente, também, são importantes. Estas informações podem ser fornecidas pelo PP. Investigam-se doenças anteriores, doenças na família, hábitos, medicações e outras informações, de acordo com a hipótese que está sendo formulada. De conformidade com a especialidade médica, requisitos particulares de informações são necessários como, por exemplo, a odontologia que necessita de informações sobre a saúde bucal do paciente.

Caso seja necessário, exames complementares são requisitados para auxiliar o diagnóstico. Após coletar informações suficientes para decidir, o médico emite o seu diagnóstico.

Notificar doenças: a ocorrência ou a suspeita de certos tipos de doenças devem ser comunicadas ao órgão de vigilância epidemiológica da SMS.

Atualizar PF: os resultados dos exames, as informações coletadas com o paciente, as observações do médico, encaminhamentos e condutas terapêuticas adotadas são registradas no prontuário.

Prescrever Tratamento: baseado no diagnóstico, o médico prescreverá o tratamento a ser adotado. O tratamento não compreende, somente, drogas, mas também orientações sobre hábitos de alimentação, de vida, terapias, participação em grupos ou programas do governo, entre outros. O profissional, também, considera os recursos disponíveis na

rede pública de saúde e as condições econômicas do paciente para indicar a conduta terapêutica.

Solicitar Retorno: de acordo com cada caso, é determinada uma data para o retorno do paciente. O médico solicita este retorno e o mesmo é agendado pela recepção.

Encaminhar referência: existem casos em que a complexidade do quadro clínico exige cuidados de um especialista ou até mesmo uma estrutura apropriada para o tratamento. Assim, o médico da unidade solicita uma referência para este paciente.

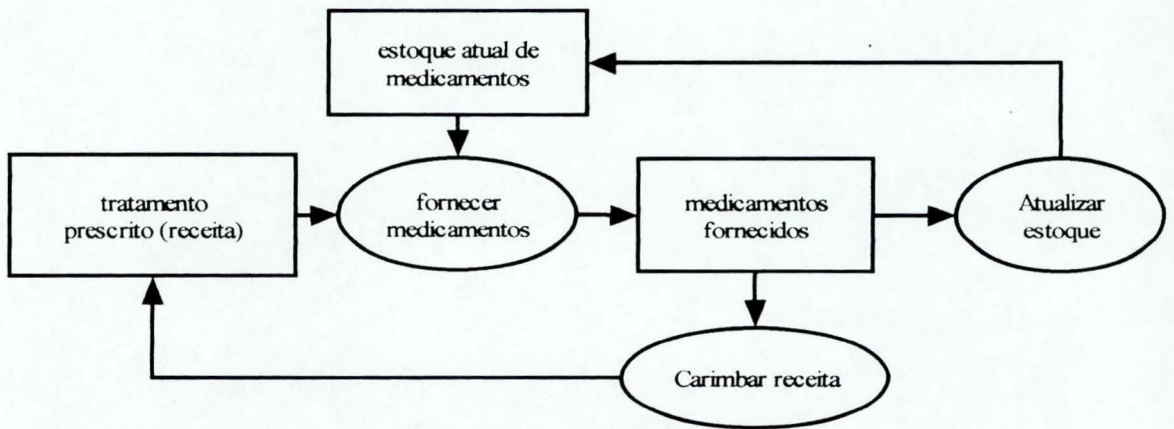


Figura 11 –Processos na farmácia

Autorizar exame: este procedimento é realizado pela recepção. De acordo com o exame solicitado e com a disponibilidade de cotas é indicado um laboratório ao paciente.

Realizar exame: este procedimento é realizado, em sua maioria, pelos laboratórios. Entretanto, alguns exames ginecológicos podem ser realizados no próprio posto pelo médico. Informações mais detalhadas podem ser encontradas na descrição de exames.

4.1.2.2 Farmácia

O modelo de informação e decisão das atividades realizadas na farmácia estão representados na Figura 11.

Fornecer medicamentos: alguns medicamentos são fornecidos gratuitamente pela sistema público de saúde. Para isto, é necessário que o paciente apresente a prescrição médica, na qual deve estar informado o nome do medicamento e a quantidade necessária para o tratamento. O profissional da farmácia da USNB verifica no estoque se o medicamento está disponível e entrega-o para o usuário. O fornecimento de medicamentos não está restrito apenas às pessoas residentes na área de atuação da unidade de saúde.

Carimbar receita: a receita recebe um carimbo, informando quais medicamentos foram fornecidos e em que quantidade, para evitar que sejam novamente retirados.

Atualizar estoque: os medicamentos fornecidos ao paciente devem ser informados para o controle de estoque.

4.1.2.3 Curativos, Nebulização e Injetáveis

Os procedimentos de enfermagem foram divididos em curativos, vacinas, injetáveis, nebulização e antropometria. Um único modelo foi construído para representar os procedimentos de curativos, injetáveis e nebulização (Figura 12).

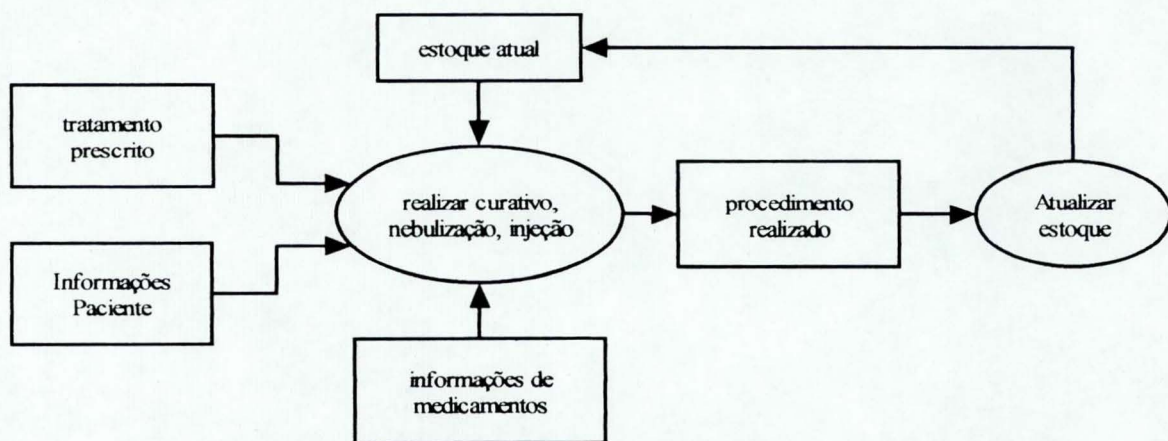


Figura 12- Procedimentos de enfermagem

Realizar Curativo, Nebulização e Injeção: realização de procedimentos ambulatoriais para curativos, nebulizações e injeções. Caso o procedimento utilize medicamentos, prescritos pelo médico, então, é necessária a prescrição do médico (receita). As informações dos procedimentos realizados devem ser enviadas para a SMS através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Atualizar estoque: o estoque de suprimentos deve ser observado para evitar a falta de itens. Consiste em dar baixa nos suprimentos utilizados para realização do procedimento como, por exemplo, esparadrapo, seringas, ar comprimido, e outros.

4.1.2.4 Vacinas

Identificar vacina a ser administrada: os usuários que vão ao posto para serem vacinados, geralmente, são as crianças e as gestantes. Para identificar o tipo de vacina que deve ser administrada é importante conhecer quais já foram aplicadas no usuário e em que tempo. Várias são as fontes de informações para identificar o histórico de vacinas do paciente como, o Cadastro de Vacinas (CAV), o Prontuário do Paciente (PP), o Cartão da Criança (este fica de posse do usuário) e o próprio paciente (Figura 13).

Alguns tipos de vacinas somente são administrados mediante solicitação médica.

Aplicar vacina: este procedimento dispensa comentários. A vacina é aplicada.

Atualizar registros: as informações sobre a vacina administrada devem ser registrados em diversos documentos. As informações sobre a quantidade em estoque também devem ser atualizadas.

4.1.2.5 Marcação de Consultas na USNB

Os médicos da USNB atendem pacientes mediante a marcação de consultas. Metade das consultas são diárias, ou seja, agendadas e realizadas no mesmo dia. O restante se destina a retorno dos pacientes e continuidade do tratamento com consultas pré-agendadas.

As consultas “do dia” são disponibilizadas para toda população enquanto as consultas agendadas são reservadas, apenas, para os pacientes da área de atuação da USNB. Aos pacientes fora da área é recomendado que procurem o serviço de saúde mais próximo de sua residência (Figura 14)

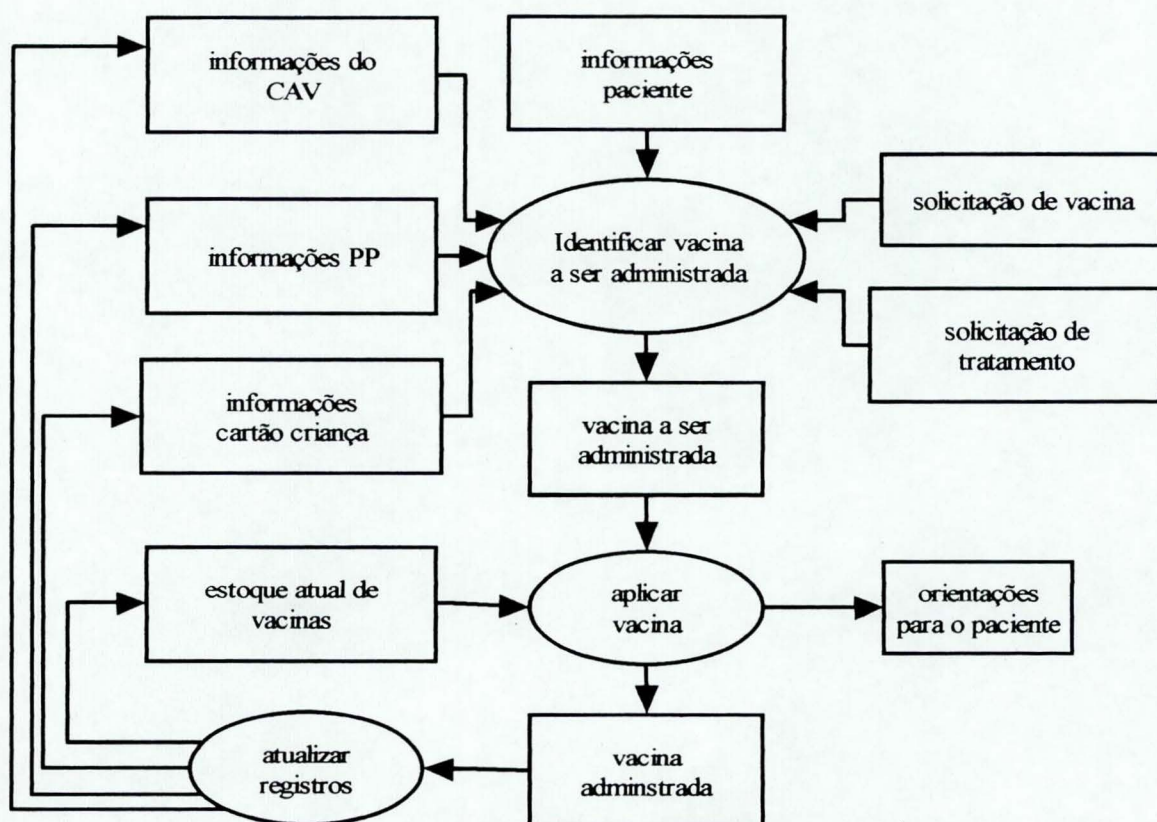


Figura 13 - Vacinas

Agendar Consulta: o profissional da recepção realiza a marcação de consultas para os pacientes, verificando os horários e profissionais disponíveis. As consultas “do dia” são marcadas, somente, com o comparecimento do paciente. As consultas pré-agendadas somente são efetuadas mediante a solicitação do médico do posto.

Atualizar Inf. Agenda: as consultas que são marcadas devem ser registradas na agenda para evitar conflitos de horários.

Atualizar Carteira do Paciente: o paciente possui um cartão de agendamento, no qual deve ser anotada a data, hora e local da consulta agendada.

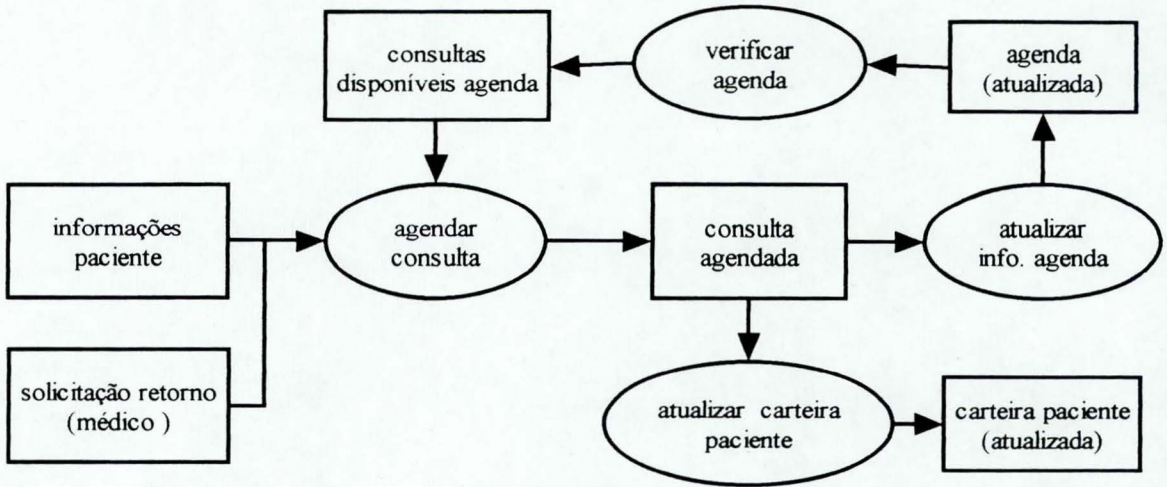


Figura 14 – Marcação de consultas na USNB

4.1.2.6 Marcação de consultas CMC

Agendar consulta CMC: um profissional administrativo da USNB é encarregado



Figura 15 – Marcação de consultas na CMC

de atender à solicitação de referências, realizando a marcação de consultas pela Central de Marcação de Consultas (CMC), da SMS. A marcação é realizada por telefone, mediante uma senha que identifica o posto (Figura 15).

4.1.2.7 Autorizar Exames

Os exames solicitados são realizados, em sua maioria, pelos laboratórios conveniados com o SUS. Entretanto, alguns exames ginecológicos podem ser realizados no próprio posto (Figura 16).

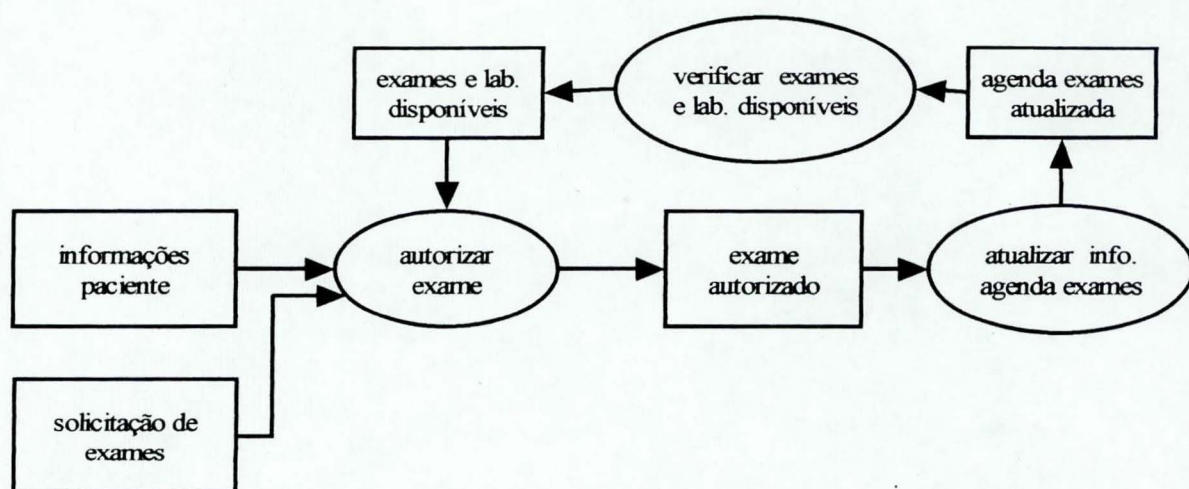


Figura 16 – Autorizar exames

Autorizar Exame: o exame solicitado pelo médico deve ser autenticado pela recepção. Também é informado o laboratório em que o exame deverá ser realizado. O posto tem um limite para exames, em diferentes laboratórios, estabelecido pela SMS. As datas para realização de exames são de responsabilidade dos laboratórios.

Atualizar inf. agenda exames: registrar o exame autorizado, o laboratório e o paciente na agenda de exames.

Verificar exames e lab. disponíveis: verificar na agenda de exames, as quotas disponíveis, os tipos de exames e os respectivos laboratórios.

4.1.2.8 local Recursos Humanos

O controle dos recursos humanos consiste em alocar o pessoal, de acordo com demanda e a sua disponibilidade. Isto não inclui a contratação ou demissão de pessoal (Figura 17).

Informar disponibilidade de RH: informar, formalmente, a solicitação de dispensa para realização de cursos, férias, licenças e outras situações que alterem o quadro normal de disponibilidade dos profissionais do posto.

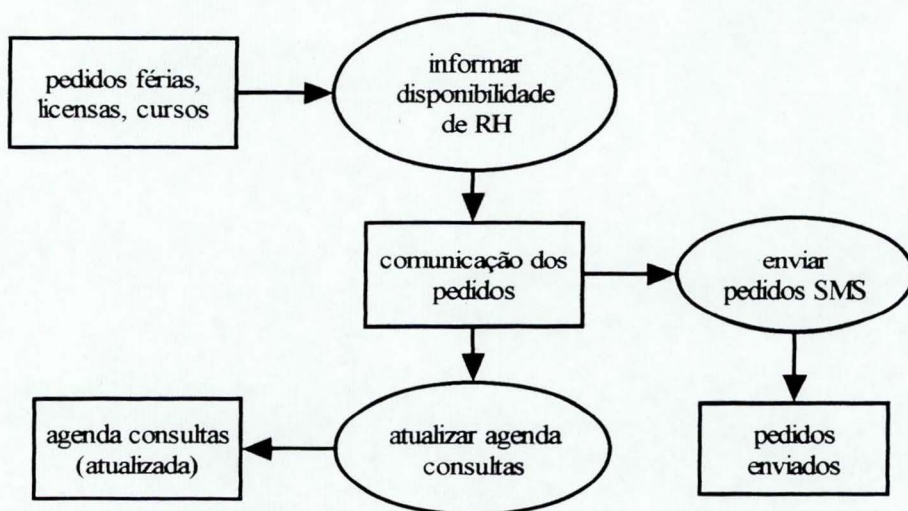


Figura 17 – Alocar recursos humanos

Enviar pedidos à SMS: os pedidos de férias e outras alterações referentes à efetividade do pessoal devem ser formalmente encaminhadas à SMS.

Atualizar agenda de consultas: as alterações da disponibilidade de profissionais que prestam atendimento à população por consultas agendadas deve ser informada ao setor responsável e a informação registrada nas agendas utilizadas para a marcação de consultas.

4.1.2.9 Informar a produção à SMS

Todas as atividades, diretamente, relacionadas com o atendimento dos pacientes devem ser informadas à SMS através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) (Figura 18).

Produzir o BDA: o Boletim diário de atendimento (BDA), utilizado para controle interno da unidade, é base para construção do BPA. Os procedimentos devem ser codifica-

dos de acordo com tabelas e códigos fornecidos pela SMS.

Produzir o BPA p/ SMS: o BPA é emitido, mensalmente, e informa todos os procedimentos de atendimento a pacientes, realizados no mês.

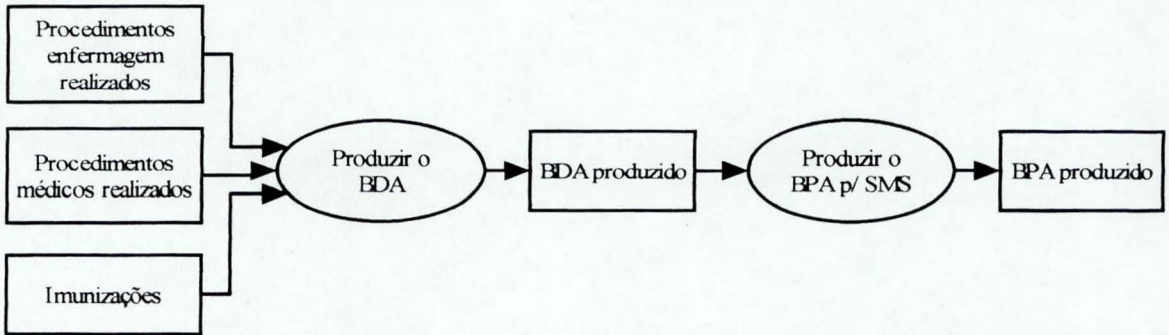


Figura 18 – Informar BPA

4.1.2.10 Solicitar recursos à SMS

O pedido de reposição de suprimentos é realizado mediante pedido enviado para a SMS. Os suprimentos compreendem desde material de escritório até medicamentos. Os níveis de estoque são determinados de maneira empírica (Figura 19)

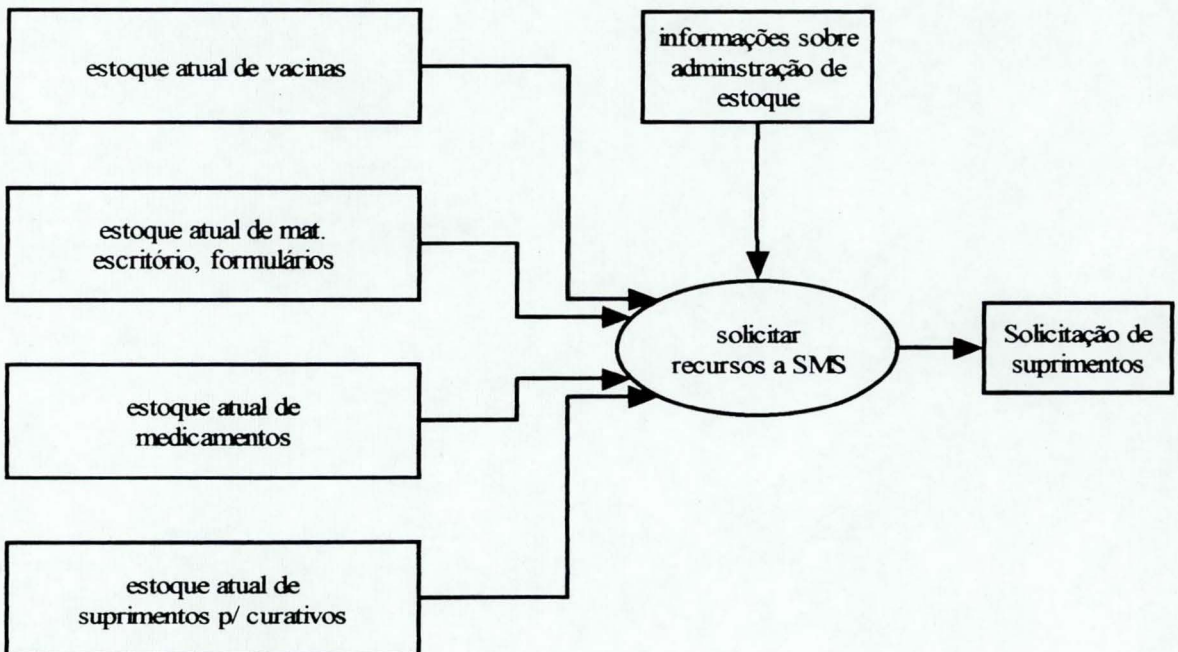


Figura 19 – Solicitar recursos a SMS

4.1.3 Modelo de Decisão Integrado

De acordo com os modelos individuais, foi construído um modelo que integra as informações e processos com foco no PP da USNB. A figura 20 apresenta o modelo resultante da validação com os usuários.

As informações geradas como resultado das consultas médicas podem servir a propósitos tanto clínicos como ambulatoriais e administrativos. Os próprios médicos, também, utilizam-se das informações históricas, coletadas e produzidas sobre o paciente, para desempenhar suas atividades.

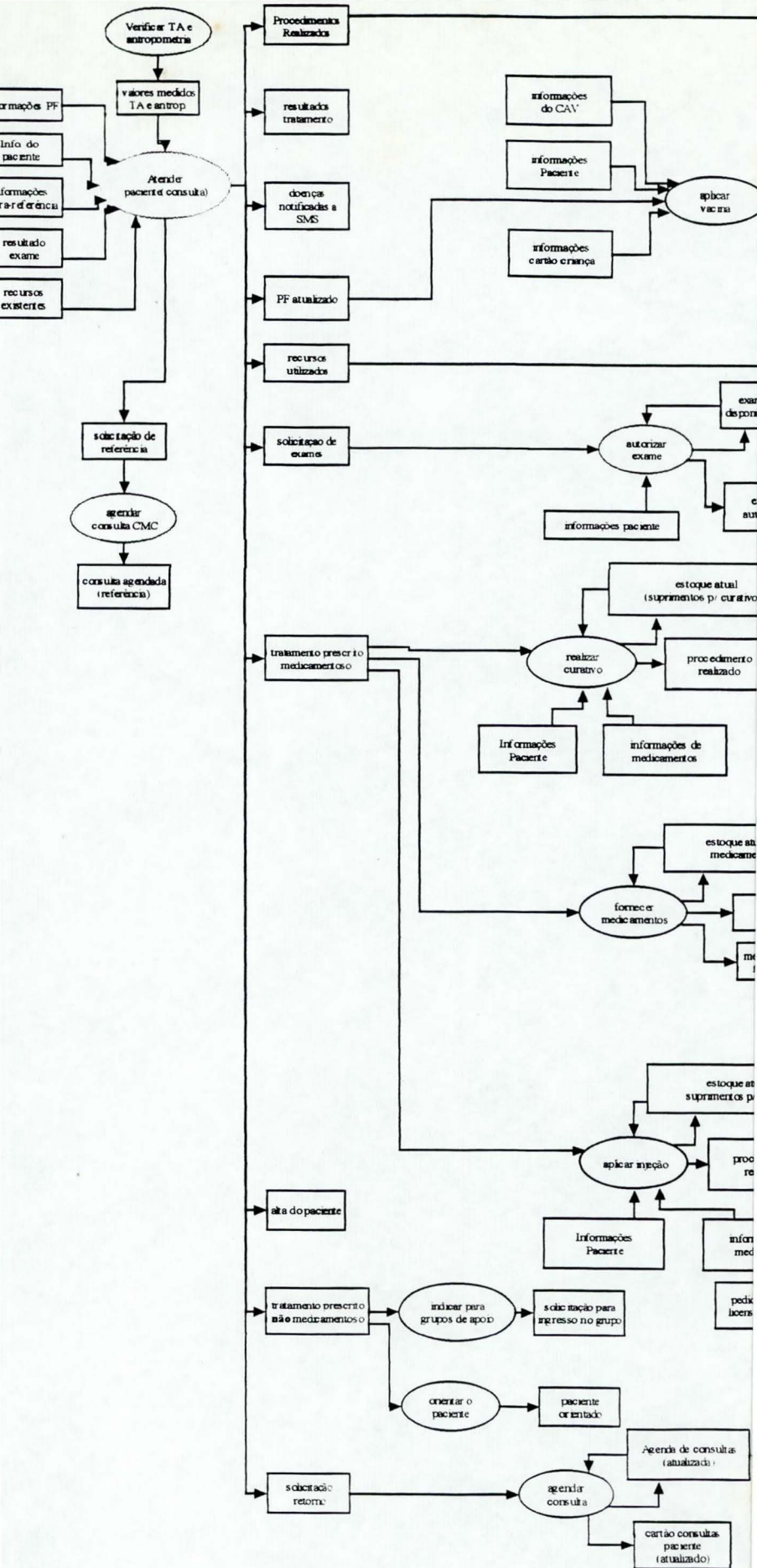


Figura 20 - Modelo Integrado de In

As informações produzidas pelo médico, ao atender o paciente, são utilizadas pelo setor administrativo para produzir o BPA, marcar consultas na USNB, marcar consultas de referência na Central de Marcação de Consultas, autorizar exames e controlar estoque de suprimentos utilizados pelos médicos. Em contrapartida, o setor administrativo pode informar ao médico os recursos disponíveis para o diagnóstico e tratamento do paciente como, por exemplo, exames e medicamentos.

Nas atividades ambulatoriais, as informações produzidas pelo médico são utilizadas para fornecer medicamentos, aplicar injeções e realizar procedimentos de enfermagem como, por exemplo, curativos e nebulizações. As informações sobre a realização destes procedimentos ambulatoriais e de enfermagem, também, são importantes para o médico.

As atividades de apoio como as reuniões de pacientes em grupo e os programas de atenção a gestantes e crianças e risco nutricional, também, utilizam e fornecem novas informações sobre os pacientes.

4.2 *Prontuário Essencial de Pacientes*

Como resultado da aplicação da metodologia, foi possível obter um conjunto de informações consideradas relevantes e essenciais para compor um prontuário de pacientes, a partir da visão e consenso de seus usuários. A explosão das informações, para um maior detalhamento, foi realizada com base nas entrevistas aplicadas aos usuários, questionando sobre quais seriam estes dados mais específicos. Em muitos casos, os atuais documentos e prontuários eram referenciados como base para estes dados, extraíndo-se daí as informações necessárias. Entretanto o objetivo desta pesquisa está nas informações e não nos dados e metadados. Assim, não foi realizado uma identificação precisa e detalhada sobre os dados, campos e códigos a serem utilizados em um PP. Em sequência, são apresentadas as informações essenciais identificadas pelos profissionais da USNB, para compor o prontuário de pacientes da unidade. As informações foram definidas com base no consenso e validação do modelo integrado de informação e decisão, pelos participantes da pesquisa.

O agrupamento destas informações não indica nenhuma ordem de relevância ou importância, servindo apenas para organizá-las.

Sete conjuntos principais de informações foram identificados:

1. Identificação do Paciente
2. Dados históricos do paciente
3. Vacinas
4. Dados subjetivos do paciente
5. Informações consultas
6. Informações específicas da criança
7. Informações específicas da mulher
8. Informações odontológicas

A seguir, será apresentado cada conjunto de informação de forma mais detalhada, de acordo com as informações fornecidas pelos atores.

1. Identificação do Paciente

- 1.1. Nome
- 1.2. Endereço
- 1.3. Data Nascimento
- 1.4. Sexo
- 1.5. Filiação
- 1.6. Grau de parentesco
- 1.7. N. Ficha família
- 1.8. Atividade profissional

2. Dados Históricos do Paciente

- 2.1. Doenças anteriores
- 2.2. Cirurgias prévias
- 2.3. Internações hospitalares
- 2.4. Histórico familiar de patologias
- 2.5. Medicações anteriores
- 2.6. Terapias alternativas utilizadas (por exemplo: chá.)
- 2.7. Alergias
- 2.8. Lista de problemas

3. Vacinas

- 3.1. Tipo, dose
- 3.2. Data

4. Dados subjetivos do paciente

- 4.1. Condições de moradia, saneamento e higiene
- 4.2. Tipo de ambiente em que vive

- 4.3. Situação econômica
- 4.4. Fatos importantes e marcantes da vida (por exemplo: morte de parente, filho, marido, desemprego, problemas na família, espancamento, estupro, e outras informações subjetivas)
- 4.5. Hábitos do Paciente
 - 4.5.1. Fumo, Álcool, Drogas, Alimentação

5. Informações Consultas

- 5.1. Data
- 5.2. Identificação do Médico
- 5.3. Área (clínico, odonto, e outros)
- 5.4. Queixa
- 5.5. Sinais vitais
- 5.6. Exame físico no paciente
- 5.7. Exames complementares
 - 5.7.1. Solicitação
 - 5.7.2. Resultados
- 5.8. Diagnóstico do médico
- 5.9. Tratamento prescrito medicamentoso
 - 5.9.1. Medicamento
 - 5.9.2. Dose
 - 5.9.3. Duração
- 5.10. Tratamento prescrito não medicamentoso (por exemplo dieta, orientações, parar de fumar.)
- 5.11. Próximo retorno
- 5.12. Referência
 - 5.12.1. Especialidade
 - 5.12.2. Investigação/Diagnóstico
 - 5.12.3. Objetivos esperados
- 5.13. Contra-referência
 - 5.13.1. Resumo dos fatos transcorridos (medicamentos, tratamentos, cirurgias, exames)
 - 5.13.2. Conclusão

6. Informações da Criança

- 6.1. Nascimento
 - 6.1.1. Data de nascimento
 - 6.1.2. Peso
 - 6.1.3. Altura
 - 6.1.4. Sexo
 - 6.1.5. Apgar
 - 6.1.6. Perímetro Cefálico
- 6.2. Antecedentes maternos
- 6.3. Gestação e Parto
- 6.4. Desenvolvimento neurológico
- 6.5. Gráfico desenvolvimento idade, peso e altura
- 6.6. Teste do pezinho
- 6.7. Vacinas (veja item vacinas)
- 6.8. Alimentação
- 6.9. Programa Pré-Crescer
 - 6.9.1. Avaliação de risco
 - 6.9.2. Contatos
- 6.10. Programa Pré-Nenê

7. Informações da mulher

- 7.1. Histórico ginecológico
 - 7.1.1. Histórico menstrual
 - 7.1.2. Histórico vida sexual

- 7.1.3. Histórico perinatal
- 7.2. Método contracepção
- 7.3. Perinatal/Pré-natal
 - 7.3.1. Exames pré-natal
 - 7.3.2. Vacinas
 - 7.3.3. Informações gerais da gestação
 - 7.3.3.1. Data provável
 - 7.3.3.2. Desenvolvimento da gestação
 - 7.3.4. Risco nutricional
- 7.4. Consultas prevenção do câncer
 - 7.4.1. Exames preventivos
 - 7.4.1.1. Citopatológicos
 - 7.4.1.2. Mama (clínico)
 - 7.4.1.3. Mamografia

8. Informações Odontológicas (ver Anexo IV - Ficha Clínica Odontológica)

- 8.1. Saúde bucal
 - 8.1.1. Higiene bucal (frequência, fio dental, flúor)
 - 8.1.2. Já foi ao dentista, motivo
 - 8.1.3. Alimentação, consumo de açúcar (veja item hábitos do paciente - alimentação)
 - 8.1.4. Hábitos orais
- 8.2. Diagnóstico clínico
 - 8.2.1. Exames dos tecidos moles
 - 8.2.2. Oclusão
 - 8.2.3. Índice de sangramento vaginal
 - 8.2.4. Atividade de doença periodontal
 - 8.2.5. Atividade de cárie
 - 8.2.5.1. Localização
 - 8.2.6. Odontograma
- 8.3. Planos de tratamento
 - 8.3.1. Tratamento de atividade de doença periodontal
 - 8.3.1.1. Controle de placa
 - 8.3.1.2. Número de sessões
 - 8.3.1.3. RAP
 - 8.3.1.4. Bolsas
 - 8.3.1.5. Manutenção
 - 8.3.2. Tratamento de atividade de cárie
 - 8.3.2.1. Fluoterapia
 - 8.3.2.2. Numero de sessões
 - 8.3.3. Quadrantes
 - 8.3.4. Número de consultas previstas
- 8.4. Tratamento realizado
- 8.5. Referência e Contra-Referência
 - 8.5.1. Radiologia (ver Anexo IV - ficha de referência – radiologia)
 - 8.5.2. Periodontia (ver Anexo IV - ficha de referência – periodontia)
 - 8.5.2.1. Diagnóstico
 - 8.5.2.2. Tratamento realizado
 - 8.5.3. Endodontia (ver Anexo IV - ficha de referência – endodontia)
 - 8.5.3.1. Diagnóstico
 - 8.5.3.2. Tratamento realizado

4.3 Metodologia de Análise Focada na Decisão

4.3.1 Observações Gerais

Em geral a AFD foi considerada satisfatória, pois permitiu identificar os processos decisórios dos profissionais da USNB e definir as informações necessárias para apoiar estes processos.

4.3.2 Observações Específicas

4.3.2.1 Entrevistas

As entrevistas pessoais, individuais ou em grupo, proporcionaram uma interação positiva entre o pesquisador e os membros da unidade, resultando em melhor compreensão das atividades que estavam sendo realizadas. As entrevistas informais e não-estruturadas possibilitaram a coleta de informações detalhadas e subjetivas sobre os processos e atividades do posto de saúde.

Foi observado, empiricamente, que o tempo ideal para duração de uma entrevista, no contexto desta pesquisa, foi entre uma hora à uma hora e trinta minutos. Após este período as entrevistas, geralmente, tornavam-se cansativas. Entretanto, a duração depende muito da disponibilidade de tempo do profissional, o que obrigou a reduzir as entrevistas em trinta minutos de duração.

A utilização de um gravador durante as entrevistas causou certo constrangimento em alguns indivíduos. Algumas informações só eram fornecidas com a garantia de que não seriam gravadas ou então divulgadas. Embora não divulgadas, este tipo de informações auxiliou a compreensão do ambiente pesquisado.

Em razão das restrições mencionadas, não foi possível realizar um grande número de entrevistas com cada profissional para melhor definir os requisitos de informações.

4.3.2.2 Modelagem

A estrutura de modelagem das hierarquias de funções não foi facilmente compreendida pelos usuários. A inter-relação entre as atividades que os profissionais desenvolvem e os objetivos maiores da organização nem sempre eram claramente conhecidas ou entendidas pelos profissionais. Isto dificultou bastante a construção dos modelos de atividades. A este fato, somou-se a dificuldade de se realizar reuniões em grupos para o debate e a discussão.

4.3.2.3 Validação

Foi possível validar os modelos de acordo com a percepção dos usuários. A apresentação dos resultados, para discussão em grupo, permitiram a adequação e correção dos modelos para representar as reais necessidades dos atores.

A AFD baseia-se na discussão em grupo para validar os modelos e estimular o debate e o pensamento crítico entre os participantes. Todavia, a realidade do ambiente em que a pesquisa foi realizada não foi favorável à realização de reuniões em grupos. A demanda por consultas é constante, os profissionais também desempenham atividades em outras organizações e os horários de trabalho nem sempre são iguais para todos os funcionários. Ainda assim algumas reuniões em grupo puderam ser realizadas, graças ao esforço dos profissionais.

5 Discussão

As informações de um PP pode servir aos propósitos de ensino, treinamento, pesquisa, atendimento e administração (Shortlife e Barnett, 1990; Stumpf e Freitas, 1997). As informações essenciais identificadas neste estudo atendem aos requisitos para decisões de atendimento e administração. As funções administrativas encontradas eram principalmente operacionais e táticas, com pouco enfoque gerencial no planejamento de ações. Adicionalmente às funções já descritas foi possível identificar uma nova, a de prevenção. Embora possa ser confundida como uma função de atendimento e ensino esta não visa a solução curativa mas sim preventiva. Também busca o ensino da população e não dos profissionais. O perfil das informações identificadas está de acordo com o objetivo de ação da unidade que focaliza a saúde da família e busca soluções de prevenção e informação para a população.

As informações identificadas como essenciais para compor o PP são semelhantes àquelas utilizadas, atualmente, pelos profissionais no Posto de Saúde. Entretanto estas informações não estão todas contidas no PP utilizado na USNB, mas sim dispersas em várias fontes de documentos onde o PP é apenas uma destas. Na atual forma de armazenamento é quase impossível recuperar todas as informações sobre um paciente pois muitas estão em documentos e arquivos separados. O registro na ficha-família é feito textualmente, sem campos ou áreas específicas para registrar cada tipo de informação, dificultando a sua recuperação e compreensão. O registro das informações sobre os pacientes na USNB não garante a qualidade destas informações quanto a sua atualização, tempo de recuperação, apresentação, acurácia e outros atributos.

As informações identificadas como essenciais sobre referência e contra-referência de pacientes foram bastante diferentes das utilizadas atualmente. O documento de referência e contra-referência possui um espaço livre para colocar qualquer informação, textualmente. Na práticas estas informações são incompletas ou até inexistentes e não existe uma

padronização sobre quais informações devem ser registradas, segundo relato dos próprios profissionais da USNB.

É possível que os usuários, limitados pelos recursos disponíveis na organização, pensem em quais informações são possíveis de serem obtidas dentro do contexto real e das tecnologias disponíveis. No caso deste estudo, a organização não possuía elementos da Tecnologia de Informação (TI), como computadores e redes e, portanto, não tinha experiência com estes recursos. Mas se novas tecnologias de informação forem utilizadas para dar suporte ao SI, então novas possibilidades de manipular e processar as informações serão disponíveis. Contudo estes recursos, algumas vezes, podem não ser entendidos ou conhecidos pelos usuários. Portanto, uma explanação sobre os recursos oferecidos pela TI, para manipular e processar informações, antes de iniciar a fase de identificação dos requisitos de informação, deve ser considerada.

O conjunto de informações identificado, representando as necessidades dos atores envolvidos, não considera as restrições do meio para a sua real utilização e operacionalização. Assim devem ser adaptadas de acordo com a forma na qual o PP será operacionalizado.

A identificação das informações essenciais aos processos decisórios dos atores da USNB é apenas o primeiro passo para a construção de um PP. Outras etapas devem ser realizadas como identificação dos dados específicos e padrões. Os métodos para armazenamento, processamento e recuperação das informações devem ser melhorados para suportar os processos decisórios dos atores..

Foi possível identificar as informações essenciais para o Prontuário de Pacientes, utilizando a AFD. Contudo, a metodologia não proporciona uma verificação prática dos resultados teóricos. Para validação prática seria necessário disponibilizar um SI e observar os profissionais, tomando as decisões. Assim, seria possível identificar quais informações essenciais são, realmente, utilizadas e quais não foram definidas na AFD.

Na fase de identificação das informações foi observado que alguns usuários tinham dificuldade em identificar e lembrar quais informações utilizavam nos processos decisórios, principalmente, nos mais complexos e pouco estruturados. Portanto, uma sugestão para melhorar o processo de definição de informações seria entregar previamente ao usuário da organização os modelos, contendo apenas os processos decisórios ou atividades desempenhadas e solicitar o preenchimento com as informações utilizadas e produzidas. Este procedimento seria semelhante ao realizado no início da pesquisa para descrição de atividades e o tempo para realizá-lo poderia ser de alguns dias. Após isto, realizam-se normalmente as entrevistas para definição de informações previstas na AFD.

A AFD se baseia na discussão em grupo para validar os modelos e estimular o debate e pensamento crítico entre os participantes. Entretanto, a realidade do ambiente em que a pesquisa foi realizada não foi favorável a realização de reuniões em grupos. Portanto, as etapas de validação da AFD devem ser modificadas para se adaptarem à realidade. Quando as reuniões em grupo não são possíveis, os modelos devem ser validados individualmente com o maior número possível de profissionais.

De acordo com os profissionais da unidade, outros projetos foram iniciados anteriormente e não foram concluídos, o que induz ao descrédito quanto à continuidade de novos projetos. Embora interessados em participar da pesquisa, os usuários não tinham a convicção de ver, na prática, as sugestões que estavam dando. Portanto, é possível que a AFD proporcione melhores resultados quando acompanhada de um processo real de mudança.

5.1 Limites da pesquisa

Os resultados desta pesquisa são aplicáveis apenas ao contexto da organização estudada, não sendo, portanto, generalizáveis a outras instituições.

Não foi possível validar o modelo integrado com todos os profissionais da organização. Foram necessárias adaptações na metodologia para realizar a validação, em reuniões

de grupo, em razão das restrições do ambiente da organização, e do tempo para a realização da pesquisa.

O processo de validação está limitado à percepção dos usuários em verificar se os modelos representam a realidade e atendem as suas necessidades. Não foi possível disponibilizar as informações e verificar a sua validade prática quando os usuários tomam decisões.

Como processo cíclico de pesquisa-ação, este estudo não provocou uma ação de mudança efetiva e imediata no ambiente dos profissionais da organização estudada, no sentido de permitir pôr em prática os resultados. Entretanto, a ação desenvolvida é uma parte de um processo cíclico para que esta mudança ocorra.

A natureza técnica das informações médicas não foi considerada neste estudo.

5.1.1 “*a posteriori*” Limitações da metodologia

Após aplicar a metodologia AFD, foi possível observar algumas limitações.

A primeira limitação observada é quanto ao tempo gasto para realizá-la, tanto para os membros da organização como para o pesquisador. Isto exige grande disponibilidade por parte dos seus participantes.

Outra limitação observada é a falta de um processo de validação que verifique se as informações definidas são, realmente, utilizadas na prática pelos profissionais.

A AFD admite que os usuários consideram as restrições sociais, culturais, econômicas, políticas e tecnológicas ao identificar os requisitos de informações. Entretanto, não podemos afirmar que os usuários possuam pleno conhecimento ou domínio destas restrições e as levem em consideração quando definem os requisitos de informações. Assim, o que foi definido como importante pode não ser possível de implantação prática.

5.2 Sugestões para pesquisas futuras

Estudos futuros devem investigar os requisitos em outros postos de saúde, comparando os resultados, a fim de obter um conjunto de informações comuns a todos.

Para que as informações sejam compartilhadas entre diversos profissionais e organizações, é necessário estabelecer padrões comuns para codificar e registrar as informações sobre o paciente. Nesta perspectiva, novos estudos devem ser realizados para solucionar este problema.

6 Considerações Conclusivas

O presente estudo permitiu chegar às seguintes conclusões sobre a definição de informações para o PP:

- foi possível identificar as informações essenciais para compor um PP, de um posto de saúde, que apoie a pluralidade de decisões, baseadas nas informações sobre os pacientes e os processos aos quais eles estão sujeitos;
- para desenvolver e implantar um SI, baseado no PP, outras questões deverão ser resolvidas; por exemplo, a segurança e privacidade quanto às informações dos pacientes, os padrões a serem utilizados para troca de informações e quais informações serão compartilhadas com outras organizações;
- a disponibilização pela tecnologia da informação das informações identificadas devem auxiliar os profissionais do posto de saúde nos seus processos decisórios. Entretanto, apenas a disponibilização destas informações não é suficiente para melhorar as ações da organização estudada. É necessário aperfeiçoar e introduzir novos processos decisórios para melhorar o gerenciamento, o planejamento e a execução das ações de saúde da unidade sanitária.

Quanto às funções administrativas e gerenciais foi possível concluir:

- existe deficiência nos processos de gerenciamento e planejamento estratégico, os quais são limitados ao funcionamento operacional da unidade.
- a troca de informações sobre recursos, planejamento de ações e orientações entre a unidade e seu órgão superior, a Secretaria Municipal de Saúde é deficiente, as informações não estão disponíveis, são incompletas ou não são disponibilizadas no tempo exigido.

Quanto à aplicação da AFD:

- As condições reais de funcionamento da organização impossibilitaram as reuniões com todos os membros, exigindo adaptações na metodologia proposta

quanto à validação dos modelos e informações.

- a metodologia proporciona ao usuários maneiras de melhor entenderem o sistema no qual trabalham e promove o pensamento crítico pelas pessoas que o gerenciam;
- a metodologia não proporciona uma verificação prática dos resultados teóricos, com os usuários tomando decisões;
- melhora a validade das informações definidas, porque os usuários estão diretamente envolvidos em identificar as suas necessidades de informações, baseados em suas decisões.

7 Glossário

Os termos utilizados neste glossário foram extraídos do documento Terminologia Básica em Saúde, editado pelo Ministério da Saúde, 1987.

Ambulatório: Local onde se presta assistência a clientes, em regime de não internação.

Assistência Ambulatorial: modalidade de atuação realizada pelo pessoal de saúde a clientes no ambulatório, em regime de não internação.

Assistência Sanitária: modalidade de atuação realizada pela equipe de saúde, junto à população, na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.

Centro de Saúde: unidade de saúde destinada a prestar assistência sanitária de forma programada a uma população determinada, pelo menos nas quatro especialidades básicas. A assistência médica deve ser permanente e sempre que possível, prestada por médico generalista.

Contra-referência: ato formal de encaminhamento de um cliente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do cliente deverá ser sempre acompanhada das informações necessárias ao seguimento do mesmo, no estabelecimento de origem.

Especialidades médicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica.

Especialidade médicas estratégicas: especialidades médicas que, em uma área geográfica determinada, assumem maior importância em face da prevalência de patologias específicas ou da dificuldade de acesso a estabelecimento de maior complexidade.

Estabelecimento de Saúde: nome genérico dado a qualquer local destinado a prestação de assistência sanitária à população em regime de internação e ou não internação, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

Hospital com especialidades: hospital geral destinado a prestar assistência sanitária a doentes em especialidades, além das quatro básicas.

Hospital de base: hospital de maior complexidade dentro de uma área definida.

Hospital especializado: hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, em uma especialidade.

Hospital geral: hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas.

Hospital local: hospital que presta assistência sanitária à população de uma área geográfica determinada, dentro de uma região de saúde.

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Níveis de complexidade: limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde, seguindo a disponibilidade de recursos, a diversificação de atividades prestadas e a sua frequência.

Pessoal de nível elementar: elemento da equipe de saúde, com nível de escolaridade inferior ou igual à 4ª série do 1º grau, especificamente treinado.

Pessoal de nível médio auxiliar: elemento da equipe de saúde, com nível de escolaridade igual à 8ª série do 1º grau, com treinamento ou profissionalização específica.

Pessoal de nível médio técnico: elemento da equipe de saúde, com nível de escolaridade igual ou superior ao 2º grau completo, com profissionalização específica.

Posto de assistência médica: estabelecimento de saúde destinado à assistência ambulatorial, que desenvolve suas ações sob demanda. O mesmo que **policlínica**.

Posto de saúde: unidade de saúde destinada a prestar assistência sanitária de forma programada, a uma população determinada, por pessoal de nível médio ou elementar, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento.

Referência: ato formal de encaminhamento de um cliente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência sempre deverá

ser feita após a constatação da insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos.

Unidade de saúde: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária a uma população em área geográfica definida, executando basicamente ações programadas. Tem caráter dinâmico por desenvolver atividades junto à comunidade (exemplo: visita domiciliar). O mesmo que **unidade sanitária**.

Unidade integrada: ver **unidade mista**.

Unidade mista: unidade sanitária composta por um centro de saúde e uma unidade de internação com características de hospital local de pequeno porte, sob administração única. O mesmo que **unidade integrada**.

Unidade sanitária: ver **unidade de saúde**.

8 Anexos

8.1 Anexo I – Descrição de Atividades

Cargo: Aux. serviço social

Atividades de assessoria na administração da US

efetividade dos servidores

boletim de produção ambulatorial

folha ponto individual

folgas dos servidores (controle)

contato com diversos setores da SMS

(almoxarifado referente à materiais para US)

contato com a equipe de administração de pessoal (férias, licença prêmio), etc...

contato com núcleo de obras e manutenção, (conserto do prédio e equipamentos)

auxílio no controle das agendas dos profissionais (médicos) da US

contagem dos estoques de materiais para solicitação dos mesmos

visita domiciliar

marcação de consultas dos pacientes para os especialistas, através da central de marcação de consultas

Cargo: Aux. de Enfermagem

Recepção: marcação de consultas, atendimento ao público em geral, informações, entrega de consultas para especialistas, autorizar exames

Farmácia: entrega de medicações e verificação de pressão arterial

Sala de Vacinas: aplicações de injeções; vacinas em geral; abrir CAV; informações e efeitos colaterais e medidas para aliviar a dor (ex. compressas)

Curativos: curativos em geral, limpeza e desinfecção da sala com álcool, reabastecer com material, avaliar a necessidade de fazer vacinas anti-tetânica, orientar para higiene local com água e sabão.

Antropometria: passar os pacientes para as consultas; pesagem e medir e verificar pressão.

Pegar ficha do paciente no arquivo e após a consulta repor no arquivo. Abrir fichas novas para pacientes novos.

Cargo: Peditra

Cobscultas médicas

preenchimento receitas

preenchimento boletim atendimento

preenchimento ficha encaminhamento

leitura diário oficial P.Alegre

Cargo: enfermeira

supervisão dos auxiliares de Enfermagem

consultas de enfermagem (puericultura, gestante sadia, distúrbios menos complexos)

prescrição de medicamentos conforme protocolo dos enfermeiros

solicitação de exames laboratoriais idem

coleta de exame cito-patológico

teste do pezinho

1ª. consulta dos recém nascidos na área e inscrição no programa “PRA-NENÊ”

triagem de urgência quando necessário

triagem sistemática das consultas de um dos ginecologistas

grupo de gestantes

visita domiciliar para buscar recém-nascidos, faltosos ap PPN e CP alterados

participação sistemática no CLS (conselho local de saúde)

participação esporádica no CMS

reuniões de equipe e com os aux. de enfermagem

participação no encontro mensal dos enfermeiros do distrito

participação no comitê de saúde escolar, à nível central

Quando solicitado pela SMS:

coordenação de campanha de vacinas no distrito

ministração de cursos de sala de vacinas para enfermeiros e/ou aux. de enfermagem

assessoria a outras US. para implantação de programas ou procedimentos (BCG, PPN)

Cargo: Médica clínica Geral – Sec. Municipal + Sec. estadual

Consulta Médica (urgência ou pré-agendada)

anamnese (história)

exame físico

inclui medidas dos sinais vitais

Investigação

exames laboratoriais

raio X

ecg

colégas de especialidades conforme necessário (referência e contra-referência)

Tratamento

orientação, educação

tratamento medicamentoso

reavaliação após tratamento com reconsulta

tentaremos formar grupos de hipertensos e diabéticos

Outras

também podemos ajudar os funcionários na recepção participamos de campanhas como por exemplo a de vacinação

participamos de cursos de capacitação fora da unidade.

Cargo: aux. enfermagem

Farmácia : distribuição de medicação, fazer carteira para pegar preservativos e anti-concepcional

Sala de Vacina: fazer vacinas, abrir CAV, aplicar injeções IM EV SC, degeleio e controle de geladeira, repor material (seringas, algodão, gelo)

Curativo: fazer curativos, retirada de pontos, higiene da sala

Nebulização : fazer nebulização, cuidado com os tropedos, cateteres, limpeza da sala.

Antropometria: encaminhar pacientes aos consultórios, verificar (TA, Peso, altura) cuidado com os consultórios, repor etc, receituários, abrir fichas famílias

Linha de Frente (balcão) marcação de consultas, agendamentos, encaminhar paciente as

salas como (curativo, nebulização, TA, farmácia, antropometria, vacina) contato direto com paciente, pelo balcão passa todo o movimento do posto, por isso linha de frente, cara a cara, peito a peito.

Cargo: Cirurgiã-dentista

minhas atividades compreendem o atendimento clínico do paciente e a prescrição de medicação quando necessário. esse atendimento clínico compreende restaurações, extrações, profilaxia, etc..

Quando o tratamento não pode ser realizado aqui, encaminho o paciente para a especialidade competente, através do sistema de referência e contra-referência.

Realizo também atividades de grupo de escovação para adultos e crianças com palestras, instrução de higiene e debates

Participo do grupo de gestantes, dando orientação as futuras mães.

Eventualmente faço sala-de-espera, orientando a população sobre o funcionamento da odontologia no posto de saúde a cada novo agendamento.

Cargo: médico

atendimento de pacientes: ouvir, exame físico, solicitar exames complementares, receitar medicamentos, orientação/educação

avaliação de ferimentos

discussão de situações clínicas com outros profissionais

troca de receitas de medicamentos cujo acesso é muito difícil (\$)

visitas a pacientes no domicílio.

Cargo: Auxiliar de enfermagem

recepção

às 7h, abrir portas da unidade, dar avisos em geral a população

coordenar fichas distintas para cada especialidade

marcar ou agendar consultas diárias

receber cada paciente para:

consultar;

fazer curativo;

fazer nebulização;

autorizar exames;

entregar consultas marcadas;

verificar PA

paciente para sala odonto

entregar teste do pezinho

controlar exames autorizados pelos SUS.

antropometria

organizar cada sala de consultas

procurar ficha família de cada consulta

medir PA

pesar e medir o paciente

guardar fichas família após as consultas

repor material necessário nas salas

abrir fichas família quando necessário

farmácia

receber o paciente com receita e interpretar a receita, entregando a medicação devidamente, CPM

organizar medicações nas prateleiras, diariamente

confeccionar cartão de preservativos

separar receitas conforme classe

manter limpeza da farmácia

sala de vacinas

aplicações de injeções

aplicações de vacinas

controlar temperatura da geladeira

verificar validade das vacinas

abrir cartão de vacinas para cada recém-nascido

controlar estoque de vacinas

contar vacinas aplicadas mensalmente

sala nebulização

nebulizar pacientes com receitas médicas

preparar solução p/ nebulizadores usados

verificar relógios do ar comprimido, trocar se preciso

limpeza dos catetes de ar (cada 15 dias)

colocar máscara em solução (2l água + 200ml hipoclorito /; 1h)

verificar validade frasco de soro

sala TA

onde se mede pressão arterial e orienta o paciente, quanto a pressão

Cargo: Auxiliar de Enfermagem

verificação de TA

curativos

injeções

orientação de rotinas

visita domiciliar

antropometria, pesagem

verificação de TA, ficha família

auxiliar na colocação do DIU / gineco

contar e arrumar a medicação da farmácia

recepção e orientação do paciente

entrega de teste do pezinho

Cargo: Técnico de nutrição

coordenação do programa pré-crescer (programa de recuperação nutricional das crianças e gestantes)

atividades de assessoria na administração da US.

efetividade dos servidores

boletim de produção ambulatorial

folha-ponto individual

contato com setores da secretaria
 pedido de material
 pedidos de férias, licença-prêmio, etc., à nível de administração de pessoal
 substituição de chefia nos períodos de férias, etc.
 atendimento na recepção
 visita domiciliar (busca de faltosos do programa de nutrição e pré-nenê, marcação de consultas para especialistas)

Cargo: Auxiliar de serviços gerais

limpar salas dos medicos, banheiros, conzinha e pátio
 faço cafezinho e recolho lixo

Cargo: Aux. Odontológico

lubrificação dos equipamentos
 organização do consultório
 auxílio junto a cadeira
 orientação e higiene
 técnicas de escovação e fio dental
 aplicação tópica de flúor
 fazer agendamento de pacientes novos e marcação de consultas
 tirar e arquivar fichas dos pacientes
 participação em grupos
 lavar e esterelizar instrumental
 fazer pedidos de material
 fazer controle e organização do almoxarifado da odonto
 elaboração e confecção de material educativo
 fazer coleta de amostras de água par análise

Cargo: Atendente de Enfermagem

preparo de material (gazes, curativos, ??, etc..)
 atendimento de farmácia, recepção, curativo, pressão arterial, nebulização
atividades na administração
 efetividade dos funcionários
 boletim de produção ambulatorial
 agendamento na central de marcação de consultas
 visitas domiciliares (busca de faltosos – pré-nenê, consultas da central de marcação de consultas)
 contatos com setores da secretaria
 EOM (equipe de obras e manutenção)
 Almoxarifado

Cargo: Aux. Odontológico

lubrificação de equipamentos
 organização do consultório
 auxílio junto a cadeira
 orientação de higiene bucal

técnica de escovação e fio dental
 aplicação tópica de fluor
 fazer agendamento de pacientes novos e marcação de consultas
 tirar e arquivar fichas dos pacientes
 participação em grupos
 lavar e esterelizar instrumental
 fazer controle e organização do almozarifado da odonto
 esgotar compressor
 elaboração de material educativo
 fazer coleta de amostras de água para análise

Cargo: médico

Função: gerente da US Nova Brasília

entendo que o trabalho realizado pelo gerente de uma US é uma “composição” das atividades de administrador, economista, planejador, psicólogo, artista e bombeiro, sendo este trabalho desenvolvido em várias frentes:

administrador: gerenciar as atividades desenvolvidas na US e delegar tarefas para os diferentes profissionais da mesma

economista: planejar a utilização das verbas de adiantamento a que temos acesso

planejador: planejar as atividades a serem desenvolvidas pela US

psicólogo: saber ouvir e tentar orientar as pessoas; tentar resolver problemas de relacionamento interpessoal surgidos na equipe

artista: criar e produzir; ter “jogo de cintura” para resolver situações

bombeiro: estarmos frequentemente tentando “apagar incêndio” nas mais variadas dificuldades para resolvê-las.

organizar o trabalho (atividades) dentro da US

planejamento das ações

divulgar, dentro da equipe, o que está acontecendo a nível central

participação em reuniões comunitárias (CVS) quinzenais (2^{as} feiras, à noite)

participação em reuniões comunitárias do CMS quinzenais (Quinta-feiras, à noite);

atendimento de consultas pediátricas (sempre que for necessário)

participação em reuniões da GDS5 semanais (6as feiras manhã)

atendimento de consultas pediátricas (sempre que for necessário)

atendimento na recepção da US (atuação com o público e resolução de problemas, orientações sobre dúvidas)

atendimento na farmácia da US (dispensação de medicação e orientações)

realização de palestras de sala-de-espera, informativas sobre programas da US, campanhas de vacinação, reidratação oral, etc.)

participação em campanhas de vacinação

participação em palestras, seminários, etc, representando a US;

preenchimento de FF (ficha-família?)

realização de visita domiciliar e de inspeção sanitária

participação em grupos educativos da US

marcação de consultas na CMC (Central de Marcação de Consultas)

preenchimento de “pedidos de medicação”
 avaliação dos estoques dos medicamentos
 preenchimento do “pedido de material de limpeza”
 avaliação dos estoques deste material;
 preenchimento dos memorandos para a SMS nas mais variadas áreas
 preenchimento dos boletins de imunização (semanas epidemiológicas) e ??? dos mesmos
 nas salas de atendimento médico
 organização das pastas existentes em cada sala de atendimento (que contém material informativo aos funcionários ->xerox do material recebido sa SMS)
 solicitação de cópias XEROX para serem utilizadas pelos servidores da US (diretamente na GDS 5 e no PANM 4 ou na SMS)
 fazer efetividade dos servidores da US, servidores municipalizados que trabalham na US e dos serviços terceirizados (SELTEC)
 solicitação das verbas de adiantamento (serviço e consumo) para realização de serviços (confeção de chaves e carimbos, colocação de vidros) para a manutenção da US e compra de material necessário à US não fornecido pela SMS
 solicitação dos orçamentos para a utilização destas verbas;
 solicitação dos serviços de manutenção junto a SMS e planejamento destes de acordo com as atividades da US
 reuniões com a Guarda Municipal (a qual realiza plantão noturno na US) para planejar atividades ou resolver situações.
 idem para firma terceirizada (seltec) para qualquer problema surgido na US
 cálculo da produção mensal da US e preenchimentos dos BPA
 contatos com laboratórios de referência e serviços especializados (radiológicos, hospitais) para solucionar problemas surgidos com a referência
 contatos praticamente diários com a UACSS na tentativa de solucionar problemas surgidos com a referência
 contatos praticamente diários com a UACSS na tentativa de solucionar problemas surgidos na referência e contra-referência
 contatos com almoxarifados para tentar solucionar problemas surgidos no abastecimento da US
 como a US Nova Brasília é sede para estagiários (aux. de enfermagem do CEDEN e alunos do 6º. semestre de enfermagem da UNISINOS) mantemos contatos permanentes com os responsáveis por estes estágios para avaliação e planejamento e troca de informações.
 prestação de contas após utilização das verbas de adiantamento (SMS e SMF);
 planejamento das férias dos servidores da US
 resposta a questionários, formulários e relatórios solicitados pela SMS
 resposta a solicitação da GDS5 (relatórios, planilhas, etc)
 organização, protocolo e envio de malotes as 2^{as} e 4^{as}. feiras (correio) e 5^{as}. feiras (SMS)
 recebimento dos malotes e entrega dos mesmos para os diferentes setores da US

Cargo: Auxiliar de Enfermagem

recepção

primeiro atendimento dado a quem chega na U.S.
 marcação de consultas
 Informações

autorização de exames
entrega de consultas especialistas
marcação de consultas

farmácia

entrega de medicação
orientação
controle da medicação
verificação de pressão arterial

sala de vacinas

controle do CAV e mapas
aplicação de injeções e vacinas
manter a sala equipada

curativo

avaliação do ferimento
curativo
manter a sala equipada
orientações de higiene

antropometria

retirar ficha-família
passar os pacientes para consultar
controle de sinais vitais
repor fichas no arquivo
abrir novas fichas
manter as salas em ordem

Cargo: Médica

atendimento de pacientes em ginecologia
atendimento de pacientes em pré-natal
coleta de exame citopatológico de colo uterino
colocação de DIU
exame a fresco de secreção vaginal
solicitação de exames complementares
encaminhamento de paciente para outras especialidades

Cargo: Aux. de Enfermagem

recepção

abertura da Unidade Sanitária às 7:--
marcação das consultas que são 50% pré-agendadas e 50% diárias
receber pacientes que vem consultar e a população em geral que recebe outros atendimentos na US
conferir as consultas que ficaram para serem marcadas através da central de marcação de consultas e entregá-las para os pacientes
carimbar e xames para laboratórios
entregar resultado do teste do pezinho
passar pacientes para odonto

passar pacientes para as salas (vacina, curativo, nebulização e pressão arterial (PA))

Antopometria

recebe-se o paciente na recepção

procura-se o arquivo prontuário médico ou FF (Ficha Família)

organizar as salas e repor os materiais necessários

pesar, medir e verificar TA ou PA (pressão arterial)

fim do turno guardar FF e organizar as salas

Farmácia

É grande a procura de medicações

organizar as medicações nas prateleiras quando chegar

entregar as medicações mediante receituários

entregar anticoncepcional mediante cardo dop PA/SM ou receita

entregar preservativo e fazer carteira para retirar com o cartão

segundo normas da US

Sala de Vacina

É uma das nossas salas mais importante

aqui é feita vacinas diariamente e masi as das campanhas

temos que ter muito cuidado com a conservação das vacinas em temperatura adequada

verificar temperatura da gealadeira inicio manhã, tarde antes de acabar o plantão as 18:00

Nesta sala também fazemos os injetáveis IM, EV (injeções)

Sala de Curativo

É uma sala que tem grande demanda. Fizemos curativos e retiramos pontos de pacientes vindos de vários atendimentos de hospitais da cidade.

Todas as salas seguimos a rotina da US de higiene e repor materail conforme necessidades.

Sala de Nebulização

Nebulizamos pacientes que saem das consultas e os que vem de fora somente mediante receituário, segundo rotina da US

Sala de TA

Nesta sala verifica-se a pressão arterial (TA ou PA) das pessoas que vem na US somente para medir a pressão. Nesta sala temos condições de conversar e orientar os pacientes. A maior parte desels carentes.

Se a apressão estver alta este paciente é passado para médico ou medica-se e agenda para outro dia seguindo orientação médica.

Cargo: Atendente

limpar o material que é usado pelos médicos e auxiliares de enfermagem (esterilizar em estufa em 2 hs)

procurar manter as salas em ordem

dar informações aos pacientes relacionado a saúde e quando são atendidos na US

8.2 Anexo II – Modelos hierárquicos de funções

aux. serviço social

manter o posto funcionando

- Identificar recursos existentes

- Identificar recursos existentes de materiais e medicamentos

- verificar estoque inicial de materiais e medicamentos

- verificar o que foi consumido

- verificar o estoque final de materiais e medicamentos

- Obter novos recursos

- Obter novos recursos de materiais e medicamentos

- solicitar materiais e suprimentos a SMS

- receber materiais e suprimentos

- Preservar recursos físicos existentes

- identificar necessidades de manutenção

- solicitar manutenção a SMS

- Alocar recursos

- Alocar Recursos Físicos

- Alocar Recursos Humanos

- Alocar pessoas nos grupos de trabalho (consultas)

- controlar e agendar disponibilidade de funcionários do posto

- controlar férias e pedidos de licença

- Avaliar atividades das pessoas

- controlar e informar efetividade para a SMS

- informar a produção do posto

aux. de enfermagem

Consultas médicas

- atender usuarios

- atender usuários na recepção

- marcar consultas

- entrega de consultas de especialistas (referência)

- autorizar exames

- informações gerais

- atender usuários na farmácia

- entregar medicações, mediante receita

- atender usuários na sala de vacinas

- aplicar injeções

- verificar receita médica

- verificar medicamento

- aplicar vacinas

- verificar o cartão de vacinas

- abrir novo cartão

- realizar curativos

- atender usuários na sala de antropometria

- pesar, medir e verificar pressão

- pegar ficha do paciente no arquivo

| | encaminhar para o médico

peditra

Consultas médicas

| realizar ações preventivas
 | enviar para o programa PRA-NENE (crianças 0 - 1 ano)
 | realizar ações curativas
 | coletar dados história clínica
 | coletar dados sobre o problema (queixa)
 | realizar exame físico
 | buscar informações complementares
 | solicitar exames complementares
 | coletar dados exames complementares
 | Indicar tratamento
 | verificar medicação disponível
 | Encaminhar referência
 | Encaminhar emergência

enfermeira

melhorar a qualidade de vida da família

| supervisão dos auxiliares de enfermagem
 | educar e prevenir doenças
 | realizar consultas de enfermagem
 | realizar puericultura
 | realizar consultas a gestantes saudáveis
 | consultar de distúrbios menos complexos
 | coletar material para exames
 | coletar material para exame cito-patológico
 | realizar o programa PRA-NENE
 | Inscrever os recém nascidos no programa (1a. Consulta)
 | Realizar visita domiciliar para buscar recém-nascidos

médica clínica geral – sec. municipal + sec. estadual

atender demanda de pacientes doentes

| atender pacientes

| | formular hipótese

| | | coletar relato da queixa

| | | coletar informações históricas do paciente

| | | realizar exame físico

| | | solicitar exames complementares

| | indicar tratamento

| | | verificar recursos disponíveis

| | | verificar condições socio-econômicas do paciente

| | | indicar remédio, orientações, etc.

| encaminhar pacientes para referência

| verificar resultados

| marcar re-consulta.

cirurgião-dentista

Promover a saúde bucal da pop. Poa

| realizar ações preventivas

| | organizar grupos escovação

| | organizar grupos de educação

| realizar ações curativas

| | anamnese

| | | verificar inf. existentes e coletar novas inf. sobre hábitos paciente

| | | verificar inf. existentes e coletar novas inf. sobre dados históricos pac.

| | | alergias

| | | doenças

| | | medicamentos usados

| | | gravidez

| | | hipertensão

| | | prob. Cardíacos

| | | vícios

| | | asma, bronquite

| | | história médica

| realizar exames

| | solicitar exames

| | coletar resultados dos exames solicitados

| diagnosticar tratamento

| realizar tratamento

| | profilaxias

| | extrações

| referenciar pacientes

| | solicitar referência

| | coletar resultados dos procedimentos realizados na referência

| solicitar reconsultas periódicas

médico

Oferecer solução para problemas de saúde

- oferecer ações de prevenção
- oferecer ações curativas
 - atendimento do paciente
 - anamnese
 - ouvir paciente (queixa)
 - exame físico
 - verificar informações existentes e coletar novas informações históricas
 - trabalho
 - atividade
 - ambiente vida
 - história patológica (doenças, medicações, fatos importantes, queixa)
 - realizar exames
 - solicitar exames
 - coletar resultados dos exames solicitados
 - prescrever tratamento
 - identificar recursos terapêuticos existentes
 - receitar medicação
 - orientar paciente (dientas, hábitos)
 - marcar retorno para avaliação
 - referenciar pacientes
 - solicitar referência
 - coletar resultados dos procedimentos realizados na referência
- Notificar doenças a SMS

técnico de nutrição

Melhorar a saúde de poa

- prevenir doenças
 - realizar programa prá-crescer
 - inscrever gestantes e crianças no programa
 - identificar crianças e gestantes em risco nutricional
 - identificar outros contatos na família
 - enviar ficha de triagem
 - realizar recuperação nutricional
 - acompanhar em consultas mensais
 - fornecer suplemento alimentar
 - informar ao CEDIS sobre o acompanhamento das crianças
 - informar ao CEDIS sobre o programa, inscritos, desligados, recebimento de suprimentos
 - avaliar resultado (se ainda existe ou não risco nutricional)
 - desligar do programa
- atender pacientes
 - agendar consultas (referência) solicitadas pelos médicos com a CMC

aux. odontológico

melhorar a saúde

- | manter o consultório "funcionando"
 - | realizar lubrificação dos equipamentos
 - | lavar e esterelizar instrumental
- | controlar suprimentos
 - | verificar estoques
 - | realizar pedidos de material
- | realizar ações prevenção
 - | grupos escovação
 - | aplicação tópica de fluor
- | marcar consultas
 - | agendar pacientes novos

auxiliar de enfermagem

Consultas médicas

- | atender usuarios
 - | atender usuários na recepção
 - | marcar consultas
 - | entrega de consultas de especialistas (referência)
 - | autorizar exames
 - | informações gerais
 - | atender usuários na farmácia
 - | entregar medicações, mediante receita
 - | realizar o controle de medicamentos
 - | atender usuários na sala de vacinas
 - | aplicar injeções
 - | verificar receita médica
 - | verificar medicamento
 - | aplicar vacinas
 - | verificar o cartão de vacinas
 - | abrir novo cartão
 - | controle co CAV (cadastro de vacinas)
 - | realizar curativos
 - | atender usuários na sala de antropometria
 - | pesar, medir e verificar pressão
 - | pegar ficha do paciente no arquivo
 - | passar os pacientes para consulta

médica ginecologista

melhorar a qualidade da saúde

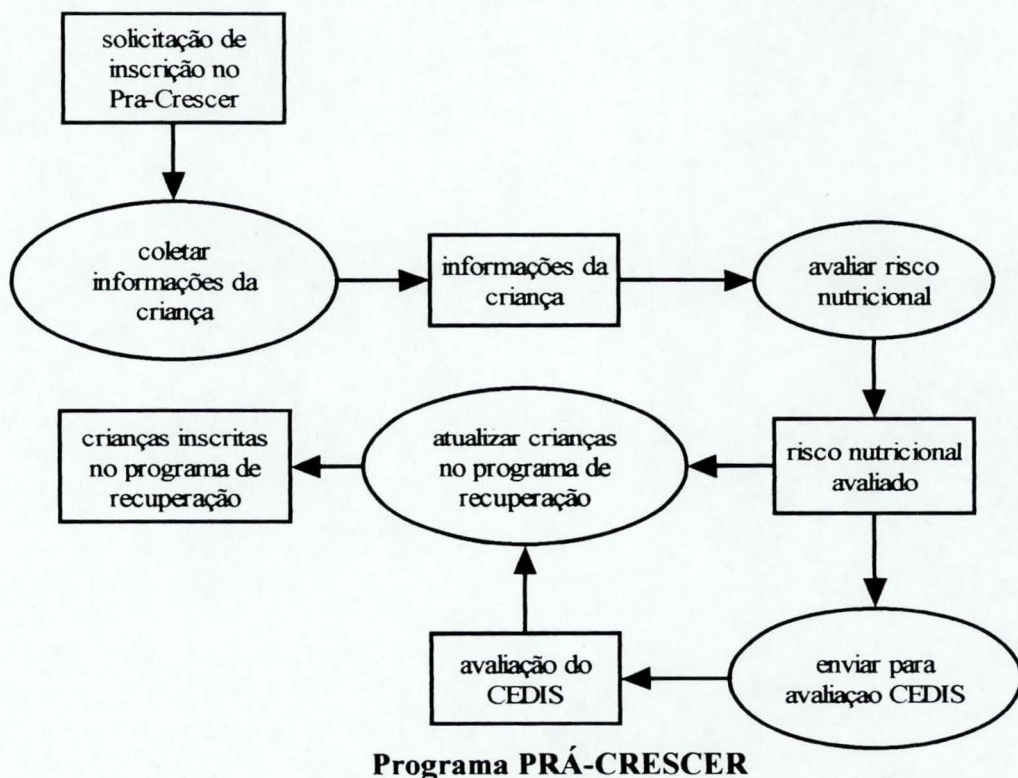
- | atendimento pacientes
 - | resolver problemas ginecológicos
 - | identificar problemas
 - | ouvir queixa
 - | coletar informações nas revisões
 - | coletar informações históricas (nro filhos, menstruação, cirurgias, aborto, doenças)
 - | coletar informações medicamentos
 - | coletar informações sobre método anticoncepcional
 - | coletar informações de exames
 - | exames anteriores
 - | solicitar novos exames (CP, mamografia, ...)
 - | verificar exames disponíveis
 - | diagnosticar
 - | indicar tratamento
 - | verificar recursos existentes
 - | indicar tratamento considerando os recursos existentes
 - | referenciar paciente
- | prevenir problemas
 - | prevenir problemas ginecológicos
 - | realizar revisão ginecológica anual
 - | prevenir problemas gestantes
 - | realizar exames periódicos
 - | realizar grupos de gestantes
 - | realizar encontros mensais

aux. de enfermagem

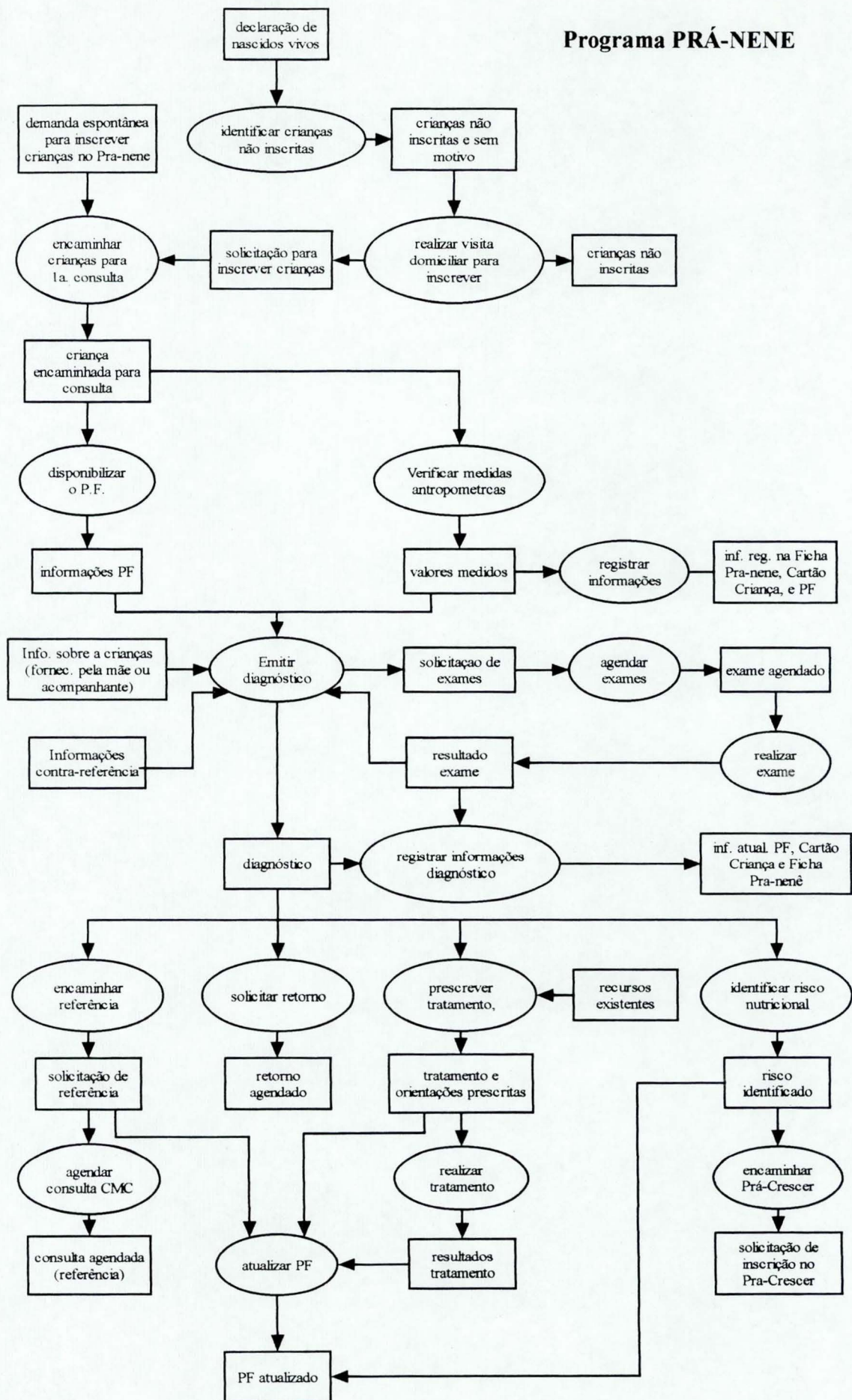
atender a população

- | atender pacientes recepção
 - | marcar consultas agendadas
 - | marcar consultas do dia
 - | conferir consultas da CMC
 - | autorizar exames na recepção
 - | entregar resultado teste pezinho
- | atender pacientes na antropometria
 - | prontuário médico ou FF
 - | verificar TA, pesar e medir
 - | encaminhar paciente para o médico
- | atender pacientes na farmácia
 - | entregar medicações mediante receita
 - | entregar anticoncepcional
- | atender pacientes na sala de vacinas
 - | verificar temperatura das vacinas

8.3 Anexo III – Outros modelos de decisão e informação



Programa PRÁ-NENE



8.4 Anexo IV – Documentos da USNB

OBSERVAÇÕES

ESTE CARTÃO É UM DOCUMENTO QUE PERMITE MARCAR OS RETORNOS DAS CONSULTAS, DEVENDO SER APRESENTADO AO SERVIÇO TODAS AS VEZES QUE NECESSITAR ATENDIMENTO

IMPORTANTE CONSERVE ESTE CARTÃO COM CUIDADO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

CARTÃO DE AGENDAMENTO

CARIMBO DA UNIDADE SANITÁRIA

NOME
Nº DO REGISTRO DATA DE NASCIMENTO

1.210.0000 - CARTÃO 1.210.0000 - CARTÃO

DATA	HORA	SERVIÇO/PROFISSIONAL

COLABORE VINDO NOS DIAS E HORÁRIOS MARCADOS

DATA	HORA	SERVIÇO/PROFISSIONAL

COLABORE VINDO NOS DIAS E HORÁRIOS MARCADOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NÚMERO

DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE SAÚDE		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE		
NOME DA MÃE		
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PROTÚRIO
ENDEREÇO		
BARRIO	CIDADE	
CEP	TELEFONE PARA CONTATO	
ESPECIALIDADE REFERENCIADA		

MARCAÇÃO DA CONSULTA ESPECIALIZADA		
UNIDADE DE SAÚDE REFERENCIADA		
SALA OU ÁREA		
ESPECIALIDADE		
PROFISSIONAL		
AGENDADA PARA O DIA	HORA	SEQUÊNCIA
ENDEREÇO		

OBS.: APÓS A CONSULTA ESPECIALIZADA, O PACIENTE DEVE RETORNAR A SUA UNIDADE DE SAÚDE, LEVANDO ESTE DOCUMENTO.

"DIGA NÃO ÀS DROGAS"

Documento de referência (frente)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA - PERIODONTIA

NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
UNIDADE DE SAÚDE		DATA	
NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA		DENTE(S)	

DIAGNÓSTICO		RADIOGRAFIA	
PERIODONTITE JUVENIL <input type="checkbox"/> PERIODONTITE DO ADULTO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> AVANÇADA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

TRATAMENTO REALIZADO			
Nº DE CONSULTAS REALIZADAS PARA CONTROLE DA GENGIVITE <input type="checkbox"/> INSTRUÇÃO DE HIGIENE BUCAL COM <input type="checkbox"/> ESCOVA MULTICERDA <input type="checkbox"/> ESCOVA UNITUO <input type="checkbox"/> ESCOVAS INTERDENTAIS <input type="checkbox"/> FIO DENTAL	<input type="checkbox"/> RAP <input type="checkbox"/> SELAMENTO DE CAVIDADES <input type="checkbox"/> EXODONTIAS <input type="checkbox"/> REMOÇÃO DE EXCESSOS DE RESTAURAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
MEDICAÇÃO SISTÊMICA - QUAL? _____			

OBSERVAÇÕES	CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
-------------	-------------------------------------

(8" x 5" POLEG = 203,2 x 127 mm - Fc 1 A-CMA, MOD S-27)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA - ENDODONTIA

NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
UNIDADE DE SAÚDE		DATA	
NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA		DENTE(S)	

DIAGNÓSTICO		RADIOGRAFIA	
<input type="checkbox"/> EXPOSIÇÃO PULPAR <input type="checkbox"/> PULPITE <input type="checkbox"/> NECROSE PULPAR <input type="checkbox"/> RETRAIMENTO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

TRATAMENTO REALIZADO			
<input type="checkbox"/> PREVIA REMOÇÃO DO TECIDO CARIADO <input type="checkbox"/> CAPEAMENTO PULPAR - RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA <input type="checkbox"/> TREPANAÇÃO - PULPECTOMIA - ALGODÃO - RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	<input type="checkbox"/> TREPANAÇÃO - ALGODÃO - MEDICAM INTRA-CANAL - RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____ <input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO SISTÊMICA - QUAL? _____		

OBSERVAÇÕES	CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
-------------	-------------------------------------

(8" x 5" POLEG = 203,2 x 127 mm - Fc 1 A-CMA, MOD S-27)

8.5 Anexo V – Dados da Unidade Sanitária Nova Brasília

**Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Sanitária Nova Brasília
Gerência Distrital de Saúde 5**

-- Média produção mensal da Unidade Sanitária

Atendimentos clínicos	540	
Atendimentos ginecológicos	300	
Atendimentos pediátricos	560	
Consultas pré-natal	55	
Coletas de CP	60	
Programa pré-nenê	204	(recém nascidos inscritos em 1997)
Atendimentos odontológicos	524	
Aplicação de flúor	66	
Nebulizações	250	
Curativos	400	
Aplicação de injeções	280	
Realização de visitas domiciliares	40	
Grupos educativos	32	

**Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Sanitária Nova Brasília
Gerência Distrital de Saúde 5**

--Localização da Unidade Sanitária

Rua Vieira da Silva, n. 1016

Vila Elizabeth - Bairro Sarandi - Porto Alegre - RS

CEP- 91.120-210

Telefone: (051) 364-17-31

Novas instalações em 1991

--Área total do terreno: 539,40 m²

--Área construída: 376,86 m²

--Área útil: 25 salas

--Área de atuação: vinte (20) setores censitários compõem a área de atuação da Unidade Sanitária

--Setor censitário: A unidade Sanitária está localizada no setor censitário nº 0321 do IBGB

--População alvo: A população alvo da Unidade Sanitária é de aproximadamente 14.850 habitantes

--Acesso à Unidade Sanitária:

Ônibus da empresa CONORTE - Linha: 613-Elizabeth

715-Sertório - Sarandi - Gaúchos

815- Cairú - Sarandi - Gaúchos

Lotação Sarandi

**Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Sanitária Nova Brasília
Gerência Distrital de Saúde 5**

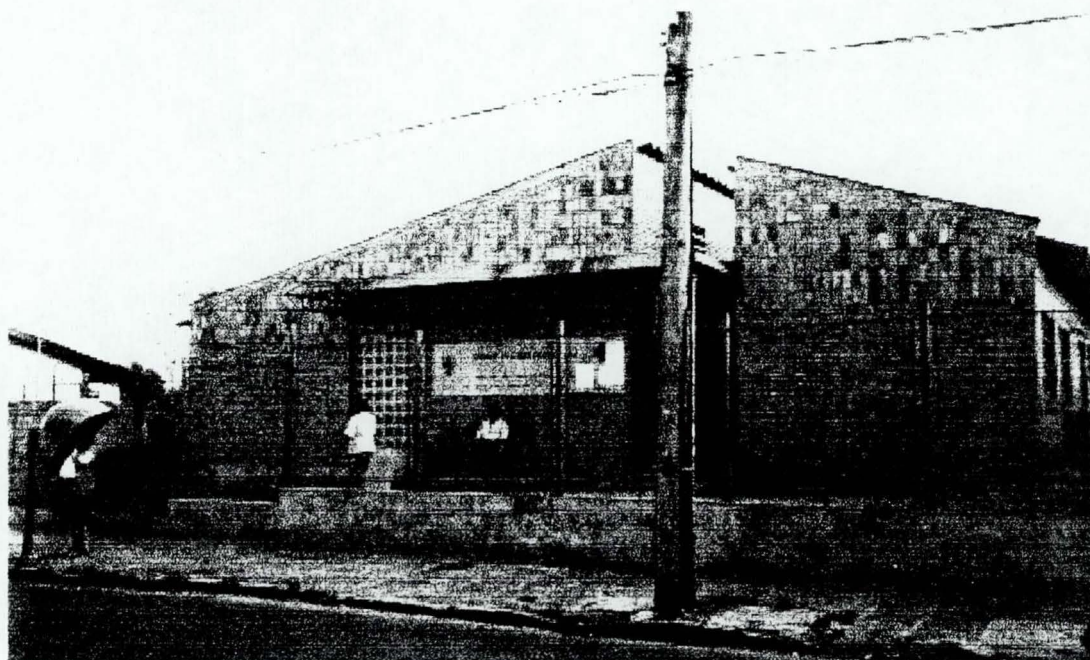
--Quadro funcional da Unidade Sanitária

Atividade profissional	Número de profissionais
• Atendentes de enfermagem	02
• Auxiliares de enfermagem	11
• Auxiliar de serviço social	01 (exercendo
• Atividades administrativas na US)	
• Auxiliares de gabinete odontológico	02
• Auxiliares de serviços gerais	02
• Enfermeira	01
• Médicos Clínicos geral	02
• Médico geral comunitário	01
• Médicos ginecologistas	02
• Médicos pediatras	04 (01- Chefiada US)
• Odontólogos	02
• Técnica de nutrição	01 (Chefia substituta da US)

**Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Sanitária Nova Brasília
Gerência Distrital de Saúde 5**

--Distribuição das salas:

- sala 01: Gabinete odontológico
- sala 02: Consultório Ginecologia / Obstetrícia
- sala 03: Rouparia
- sala 04: Consultório Assistente Social (atualmente utilizada para consultório de nutrição)
- sala 05: Consultório Nutrição (atualmente utilizada para consultório de ginecologia)
- sala 06: Consultório Pediatria
- sala 07: Consultório Clínico
- sala 08: Almoxarifado (atualmente utilizada para reuniões e grupos educativos)
- sala 09: Consultório de Saúde Mental (atualmente utilizada para reuniões e grupos educativos)
- sala 10: Consultório de Enfermagem
- sala 11: Triagem e Antropometria
- sala 12: Coleta de material (utilizada para verificação de TA)
- sala 13: Recepção e Espera
- sala 14: Sanitário público (masculino)
- sala 15: Sanitário público (feminino)
- sala 16: Vacinação e Injeções
- sala 17: Curativos
- sala 18: nebulizações
- sala 19: Administração
- sala 20: Expurgo
- sala 21: Esterilização e preparo de material
- sala 22: Cozinha
- sala 23: Sanitário dos funcionários (masculino)
- sala 24: Sanitário dos funcionários (feminino)
- sala 25: Área de serviço



Frente da Unidade Sanitária Nova Brasília



Recepção



Sala de Espera



Sala de Arquivos (Prontuários)

9 Referências Bibliográficas

- ALBERTIN, A. L. Aumentando as chances de sucesso no desenvolvimento e implementação de sistemas de informações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 61-69, jul./set. 1996.
- ALTER, S. **Information Systems: a management perspective**. 2nd ed. Califórnia: Benjamin Cumming Publishing Company, 1996, .
- ANDERSON, J.s G. Clearing the way for physician's use of clinical information systems. **Communications of the ACM**, V. 40, N. 8, August, 1997.
- BARKI, H. e HARTWICK, J. Measuring user participation, user involvement, and user attitude. **MIS Quartely**, v.18, n.1, 1994.
- BERG, B. L. **Qualitative research methods for the social sciences**. Mass: Allyn and Bacon, 1995.
- BORDIGNON, Milene de Oliveira. Informações em Saúde: Potencialização e Sentido.. Ronaldo Bordin et al. (org) **Práticas de Gestão em saúde: Em Busca da Qualidade**. Porto Alegre: Dacasa, 1996.
- BORDIN, R. **Sistemas locais de saúde: os conselhos municipais de saúde e os critérios para hierarquização de prioridades**. Porto Alegre. UFRGS, 1999. Tese (Doutorado em Administração) Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.
- BRASIL, Ministério da Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto Informação para a Decisão. GESID/PPGA/UFRGS. **Subprojeto 4 – Projeto de um sistema de informação de saúde pública para Porto Alegre: o prontuário inter-institucional** Projeto submentido a FAPERGS, Porto Alegre, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saude. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Volume 1. -Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Série B: Textos Básicos da Saúde. -Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BROUSSEAU, G. **Integrated Clinical Information System**. Proceedings of MEDINFO 95, R.A. Greenes et al., 1995.
- CARVALHO, Guido Ivan de e SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da Saúde** (Leis 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo: Hucitec, 1992.
- CHECKLAND, P. e SCHOLLES, J. **Soft Systems Methodology in Action**. Great Britain: John Wiley & Sons, 1990.
- CHEIN, I., COOK, S. W. e HARDING, J. The field of action research. **American Psychologist**. V. 3, p 45-50, 1948.

- DAVIS, G. e OLSON, M.H. **Sistemas de información gerencial**. Bogotá: McGraw-Hill, 1987.
- DAVIS, Gordon. **Management Information Systems: Conceptual foundations , structure and development**. New York, McGraw-Hill, 1994.
- EDEN, C. e HUXHAM, C. Action Research for study of organizations. Clegg, Stewart R.; Hardy, Cynthia; Nord, Walter R.: **Handbook of organization studies**. London: SAGE, 1996., p. 526-542
- FLOOD, R. L. e CARSON, E. R. **Dealing With Complexity. An introduction to the Theory an Application of Systems Science**. New York: Plenum Press, 1988.
- FREITAS, H. M. R., BECKER, J. L., KLADIS, C. M. e HOPPEN, N.. **Informação e Decisão: sistemas de apoio e seu impacto**. Porto Alegre: Ortiz, 1997.
- FROMBERG, R. Computer-based patient records, **Healthcare Financial Management**; Westchester; Jul 1995;
- HAMILTON, J. O' C. Medicine's New Weapon:Data. **Business Week** , p.56-60, March 27, 1995 .
- HUNTON, J. E. e BEELER, J. D., Effects od user participation in systems development: a longitudinal field experiment. **MIS Quartely**, v.21, n. 4, 1997.
- KEEGAN, A. J. The need to integrate clinical and financial information. **Healthcare Financial Management** Westchester; Jul 1995
- KENDALL, K. E. e KENDALL, J. E. **Systems analysis and design**. New Jersey:Prentice-Hall, 1988.
- KERLIN, Barbara D. **The complete eletronic health record: a future scenario**. Proceedings of the Toward an Electronic Patient Record, 1997.
- LEÃO, B. F.,MADRIL, P.J., SINGULEM, D. O prontuário eletrônico: onde estamos? **Anais do IV Fórum Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde**, Curitiba, 1998.
- MAÇADA, A.C.G. **Sistema de planejamento dos recuros da saúde – SPRS**. Porto Alegre: UFRGS, 1994. Dissertação (Mestrado em Adminstração) – Escola de Adminstração, Universidade Feredal do Rio Grande do Sul, 1994.
- MARKUS, M. L. e BENJAMIN, R. I., Change agentry: the next IS frontier. **MIS Quartely**, dec, 1996, p.385-407
- MAXWELL, J. A. **Qualitative research design: an interactive approach**. Sage, 1996.
- MCFADDEN, F. R. e HOFFER, J. A. **Database Management**. California, USA: The Benjamin/Cummings Publishing Company, 1991.
- MILLÁN, José Luis Figueroa. **Grupo Columbia: A Strategy for integrating information in the health care sector in Mexico**. Proceedings of the Americas Conference on Information Systems, Indiana USA, Ago. 1997.

- MILLER, Susan J., HICKSON, David J., e WILSON, David C. Decision-making in Organizations In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R.: **Handbook of organization studies**. London: SAGE, 1996., p. 293-312
- MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.
- MORAES, Ilara H.S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Abrasco/Hucitec, 1994.
- MORGAN, D.L. Focus group as qualitative research, **Qualitative Research methods**, v.16, 1988.
- NEUMAN, William Lawrence. **Social research methods: qualitative e quantitative approaches**. 3^a. ed., Needham Heights: Allyn and Bacon, 1997.
- ORLIKOWSKI, Wanda J. e BAROUDI, Jack J. Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions. **Information Systems Research**, v. 2, n. 1, mar, 1991.
- PAZ, Francisco Antônio Zancan. O registro do ato médico: situação na rede ambulatorial de Porto Alegre. Ronaldo Bordin et al. (org) **Práticas de Gestão em saúde: Em Busca da Qualidade**. Porto Alegre: Dacasa, 1996.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde de Porto Alegre**, 1991.
- POZZEBON M. e FREITAS H.M.R. Pela aplicabilidade - com um maior rigor científico - dos estudos de caso em Sistemas de Informação In: **Encontro Nacional da ANPAD**, 21. Rio das Pedras, 21 a 24 de setembro de 1997. Anais... CD-ROM
- PURVIS, R. e SAMBAMURTHY, V. An examination of designer and user perceptions of JAD and the traditional IS design methodology. **Information and Management**, v.32, n. 3, p. 123-136, 1997.
- RAGHUPATHI, W. **Health Care Information Systems**. Communications of the ACM, V. 40, N. 8, August, 1997.
- ROGERS, Ray. **The prerequisites for an electronic patient record**. Proceedings of the Toward an Electronic Patient Record, 1997.
- SHORTLIFFE, E. H. e BARNETT, G.O. Medical Data: Their Acquisition, Storage and Use. In: **Medical Informatics : Computer Applications in Health Care**. Addison-Wesley Publishing Company, USA, 1990.
- STUMPF, Mariza K. **A gestão da Informação em um Hospital Universitário: em Busca da Definição do Conteúdo do Prontuário Essencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: UFRGS, 1996., Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Porto Alegre, 1996.

- STUMPF, Mariza K. e FREITAS, Henrique M. R. de. A gestão da informação em um hospital universitário: o processo de definição do patient core record., **Revista de Administração Contemporânea**, v.1, n.1, p.71-99, 1997.
- SUSMAN, G. I. e EVERED, R. D. An assessment of the scientific merits of action research. **Administrative Science Quarterly**, v.23 December, 1978. pp 582-603.
- SZAJNA, B. e SCAMELL, R. W. "The effects of information systems user expectations on their performance and perceptions." **MIS Quarterly**, v.17, n. 4, 1993.
- TAPSCOTT, Don. **The Digital Economy: promise and peril in the age of networked intelligence**, New York, McGraw-Hill, USA, 1995.
- TEO, T. S.H., ANG, J. S.K. e PAVRI, F. N. The state of strategic IS planning practices in Sigapore. **Information & Management**, v. 33, n. 1, 1997.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo:Cortez Editora, 1986.
- **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Editora Atlas, 1997.
- WETHERBE, J. C. **Systems analysis and design**. St. Paul, USA: West Publishing Co., 1988.
- WITT, Regina Rigatto. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.13 n.1: p.19-23, jan. 1992.
- YOURDON, E. **Análise Estruturada Moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1990.